Sociedad Española de Historia de la Medicina



LA CONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DE LA SALUD: SABERES, PRÁCTICAS, EXPERIENCIAS E IMAGINARIOS

XIX Congreso de la SEHM

Madrid 3-5 Septiembre 2025



Coordinadores

RICARDO CAMPOS

MARIBEL MORENTE PARRA

DARINA MARTYKÁNOVÁ

SILVIA LÉVY

MARTA VELASCO MARTÍN

SERGIO SAVOINI-ARÉVALO

MIGUEL HUERTAS-MAESTRO

RAFAEL HUERTAS

Madrid

2025

LA CONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DE LA SALUD:
SABERES, PRÁCTICAS, EXPERIENCIAS E IMAGINARIOS.
XIX Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina
(Madrid, 3-5 de septiembre de 2025)

© de este volumen: Sociedad Española de Historia de la Medicina

© de los textos: sus autoras y autores

Edita:
Sociedad Española de Historia de la Medicina
Unidad de Historia de la Medicina, Pabellón 4º / Planta baja
Ciudad Universitaria s/n. 28040 Madrid
Septiembre 2025

Edición: Ricardo Campos, Maribel Morente Parra, Darina Martykánová, Silvia Lévy, Marta Velasco Martín, Sergio Savoini-Arévalo, Miguel Huertas-Maestro, Rafael Huertas

Edición, diseño y maquetación: Agustín Chamero - Diseño Gráfico

Diseño de cubierta (basado en la propuesta de CienColorex): Agustín Chamero - Diseño Gráfico

Imagen de cubierta:
El Dr. Vidal Solares aplicando la vacuna en el Hospital de Niños Pobres de Barcelona, *La Ilustración Artística,* Barcelona 17 de octubre de 1898, número 877, p. 680.

ISBN: 978-84-09-76054-1

La Sociedad Española de Historia de la Medicina (SEHM) no se hace necesariamente responsable de la opinión expresada en los artículos firmados.

ÍNDICE

ÍNDICE....4

PRESENTACIÓN....13

1. 50 AÑOS DE HISTORIA DEL SISTEMA HOSPITALARIO ESPAÑOL (1975-2025)...14

Presentación
Coordinadora: Pilar León Sanz....15

50 años de hospitales privados y públicos en España: Colaboración & Competencia
Jerònia Pons-Pons; Margarita Vilar-Rodríguez....18

Genealogías del modelo público-privado sanitario en Cataluña (1978-1990)
Alfons Zarzoso; Josep Barceló-Prats....24

Gestión del cambio en los hospitales de La Rioja (1986-2019)
María Teresa Jiménez-Buñuales; Paulino González-Diego; Leonor González-Menorca....28

Los hospitales docentes en España. Evolución histórica y transformaciones (1975-2025)
Víctor M. Núñez-García....32

Parir en Madrid en los últimos 50 años: la transformación necesaria de maternidades públicas y privadas (1975-2024)
Dolores Ruiz-Berdún....36

2. LA (RE)ELABORACIÓN DE LA IDENTIDAD MÉDICA DURANTE LA ÉPOCA CONTEMPORÁNEA: ¿DINÁMICAS TRANS(NACIONALES)? 41

Presentación
Coordinadores: Lluís Coromina Verdaguer y Darina Martykánová....42

Palabra de médico: la construcción de la práctica ideal en la medicina contemporánea
Josep M. Comelles....44

La clase social en la lucha de los médicos checos por la autoridad profesional y por el reconocimiento social, 1830-1930
Barbora Rambousková; Darina Martykánová....48

Los médicos románticos: género, clase y ciencia médica en la España liberal
Darina Martykánová; Víctor Núñez-García....49

«Medicina con polisón»: contraimágenes de la profesión médica en España a finales del siglo XIX
Blanca Cerdá Aznar; Lluís Coromina Verdaguer....50

Identidad de las enfermeras en el primer tercio del siglo XX: ¿ángeles del hospital o mujeres modernas?
Alba Masramon Cruzate....51

3. MÉDICOS Y SANITARIOS VALENCIANOS REPRESALIADOS POR EL FRANQUISMO

Presentación
Coordinador: Josep L Barona....53

Médicos, sanitarios y científicos valencianos represaliados por el franquismo. Un proyecto de base de datos
Joan Lloret; Àngel Beneito....56

La destrucción de una élite médica, cultural y académica
Josep L. Barona Vilar; Àlvar Martínez Vidal....61

Trayectorias científicas trucadas por la represión franquista: el caso del salubrista valenciano José Estellés Salarich (1896-1990)
Josep Bernabeu-Mestre....65

El coste del compromiso social y político: el exilio interior del médico alicantino Ángel Pascual Devesa (1888-1950)
Mercedes Pascual Artiaga....69

4. MEDICINA Y LITERATURA: LA CONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DE LA SALUD A TRAVÉS DE SUS IMAGINARIOS....73

Presentación
Coordinador: Juan V. Fernández de la Gala....74

Médicos y medicina en la obra de Gabriel García Márquez
Juan V. Fernández de la Gala....77

Los clásicos del futuro: El papel de la (Historia de la) Medicina en el Nobel a Olga Tokarczuk
Tomás Faustino Márquez....81

El manicomio en la novela y el teatro: entre el Barroco y la Edad de Plata
José Luis Peset....86

Narrativas de la polio
Juan Antonio Rodríguez Sánchez....89

5. LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEXUALIDAD EN ESPAÑA. TRANSGRESIONES, MEDICALIZACIÓN Y POLÍTICA....94

Presentación
Coordinadoras: Silvia Lévy y Mónica García....95

La consideración médico-teológico-legal del aborto en el Antiguo Régimen
Javier Martínez Dos Santos....97

Psiquiatría y política sexual. Las actuaciones clínico-jurídicas sobre el divorcio en la España de los años veinte y treinta
Lola del Gallego; Silvia Lévy....101

La menstruación en la divulgación médica. Los discursos en la España de 1920 a 1969
Elia Arce Isabel....104

La sexología en transición: Una aproximación a los cuadernos Convivencia (1974-1979)
Mónica García Fernández....108

Ampliando significados sexuales en la transición. Las cartas de las lectoras de la revista contracultural-libertaria, Ajoblanco
Ana Macaya Andrés.....112

6. JUICIOS POR ABORTO E HISTORIA DE LA SALUD REPRODUCTIVA.....116

Presentación
Coordinadora: Agata Ignaciuk.....117

Historia de la planificación familiar desde la perspectiva de la justicia reproductiva: una revisión bibliográfica
Elisa Roncone.....118

El juicio de Pamplona (1987-1990): un litigio estratégico contra la implementación del aborto legal en España
Agata Ignaciuk y Mikel Astrain (Universidad de Granada).....123

Entre el punitivismo y la medicalización: socio-historia del aborto autogestionado en España (1985-2022)
María Mundi-López.....127

Mujeres ante la ley: los casos de aborto, infanticidio y abandono en Colombia a través de los expedientes judiciales del Juzgado Superior de Ibagué 1905-1966
Ángela Lucía Agudelo-González.....131

7. LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA. EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES EN LAS PRIMERAS DÉCADAS DEL SIGLO XX.....135

Presentación
Coordinadoras: Alba Masramon Cruzat; Margalida Roig Sureda.....136

Precedentes ideológicos en la profesionalización de la enfermería en los comienzos del siglo XX
Manuel Amezcua.....138

¿Impulsó la Primera Guerra Mundial la profesionalización de la enfermería?
Sergio Savoini-Arévalo.....142

La profesionalización de la enfermería leridana desde sus orígenes hasta la primera mitad del siglo XX
Miquel Àngel Calderó Solé; Lorena Lourdes Tejero Vidal; Carmen Torres Penella...146

Madres cariñosas, hermanas atentas: sanidad, cuidados y feminidad durante la Guerra Civil (1936-1939)
Sandra Morón Roces.....151

Contribución de las enfermeras de la Guerra Civil española al proceso de profesionalización en el siglo XX
Anna Ramió Jofre; Carmen Torres Penella.....155

8. LA IMPORTANCIA DE LAS FUENTES ORALES EN LA PRESERVACIÓN DE LA MEMORIA COLECTIVA. EL PROYECTO "PRESERVEM LA MEMÒRIA".....160

Presentación
Coordinadora: Amèlia Guilera Roche.....161

El proyecto "Preservem la memoria"
Carmina Olivé Ferrer; Carme Vila Gimeno; Montserrat Venturas Nieto.....164

El tratamiento de las fuentes orales. Transcribir e indexar para facilitar el acceso y la recuperación
María José Serrano Serrano; Marta Perpiñán Arias....168

La riqueza del repositorio. Carmen Noguera 110 años
Anna Ramió Jofre; Amelia Guilera Roche....174

Proyectos de futuro: museización, Viquipedia y colaboración con otras entidades
Borja Manzanares Zaldívar; Blanca Virós i Pujolà; Amèlia Guilera Roche....178

9. EXPERIENCIAS MÉDICAS Y ENFERMERAS EN GUERRAS Y POSGUERRAS ESPAÑOLAS DEL SIGLO XX....181

Presentación
Coordinador: Javier Martínez Antonio....182

Manuel Bastos Ansart y la cura oclusiva antes y durante la Guerra del Rif
Carlos Murillo Arribas....185

La cura oclusiva en la Guerra Civil Española: el caso de la Batalla por Valencia (1938)
Xavier García Ferrandis....189

En guerra contra la enfermedad: ensayos clínicos con Germanina y Plasmoquina en Guinea, España y Marruecos, 1922-1930
Javier Martínez Antonio....193

Los rincones blancos como espacios para el cuidado materno-infantil durante la guerra civil española y el exilio, 1938-1939
Rubén Mirón-González....197

Las cirujanas de las Brigadas Internacionales
Jon Arrizabalaga; Àlvar Martínez-Vidal....203

10. HUMANITARISMOS ENTRE MAR Y TIERRA: GÉNERO, EXPERIENCIAS Y CIRCULACIÓN DE SABERES....207

Presentación
Coordinadores: Dolores Martín Moruno; Javier Martínez Antonio; Jon Arrizabalaga..208

Límites y pragmática de los códigos legislativos en el derecho humanitario del mar y construcción de heroísmos humanitarios: la misión de la Cruz Roja durante el Cantón de Cartagena (1873-1874)
J. Carlos García-Reyes; Jon Arrizabalaga....211

El humanitarismo llega a las costas españolas: El compromiso de Concepción Arenal con el salvamento marítimo
Dolores Martín-Moruno....216

Naufragios: género, humanitarismo del mar y regeneración hispano-marroquí, 1886-1895
Javier Martínez Antonio....220

Cartas en el mar: la ayuda transatlántica de las madrinas de guerra al Frente Belga durante la Primera Guerra Mundial
Marie Leyder....224

11. CÁNCER, CULTURA Y SOCIEDAD EN LA ESPAÑA DEL SIGLO XX: SABERES, REPRESENTACIONES Y DISCURSOS.....228

Presentación
Coordinadores: Eduardo Bueno Vergara; Enrique Perdiguero-Gil.....229

Ciencia y caridad: las respuestas al cáncer en la sociedad española del primer tercio del siglo XX
Eduardo Bueno Vergara; Enrique Perdiguero-Gil.....232

Discursos, modelos y representaciones de la caridad: las Juntas de Damas y la lucha anticancerosa en la España del siglo XX
Berta Echániz Martínez.....236

La AECC y las campañas de "control de la salud" en el franquismo: la experiencia piloto de Camas
Carmen Guillén Lorente; Mercedes del Cura González.....240

Beneficencia oncológica en Barcelona, 1950s-1970s
Josep Barceló-Prats; Alfons Zarzoso; Josep M. Comelles.....244

Lucha contra el cáncer y proyección social. Representaciones de la beneficencia en el cine a partir de Las amigas (Pedro Lazaga, 1969)
Ángeles Gómez-Martínez.....248

Cáncer y microcinematografía: los filmes de investigación de Ysidro Valladares e Ysmael Álvarez Rodríguez
Paula Arantzazu Ruiz Rodríguez; Salvador Cayuela Sánchez.....252

12. SOCIEDAD CIVIL Y CONSTRUCCIÓN DE LA SALUD MENTAL COLECTIVA EN ESPAÑA

Presentación
Coordinador: Rafael Huertas.....257

Los albores de la organización social en España para la defensa de las personas con discapacidad: la Agrupación de padres y protectores de anormales mentales y enfermos mentales (1932-1939)
Ana Conseglieri; Ruth Candela.....260

Discapacidad intelectual y movimiento asociativo: contradicciones, desafíos y resistencias durante el tardofranquismo y la Transición española
Mercedes del Cura.....265

De pacientes mentales a psiquiatrizados en lucha. La politización de la experiencia de la "locura" en la Transición española (1976-1985)
Ricardo Campos.....270

El Movimiento loco en Catalunya. Resistencias, tensiones y contra hegemonía
Sandra Anitua Jorge; Martín Correa-Urquiza.....275

De la desestigmatización a la hiperterapeutización: pensar desde los movimientos en primera la nueva cultura de la salud mental
María Reneses.....280

13. LA CONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DE LAS ENFERMEDADES RARAS: POLÍTICAS DE SALUD, INSTITUCIONES Y ORGANIZACIONES DE PACIENTES.....285

Presentación
Coordinadores: Raúl Velasco Morgado; Juan Antonio Rodríguez-Sánchez.....286

Un fenómeno emergente y un desafío para el sistema de salud: las enfermedades raras en España (1950-2019)
Raúl Velasco Morgado.....288

Saúde pública, filantrocapitalismo e doenças estigmatizadas: desafios para o historiador na escrita da história do tempo vivido. O caso de Campinas (1974-1988)
Ana Nemi.....292

Un recorrido socio-histórico por la institucionalización de las enfermedades raras: análisis de sus políticas
Juan Coca.....296

Insularidad y respuestas sociales ante las enfermedades raras: el papel de las asociaciones de pacientes en Canarias
Juan Manuel Velázquez Díaz.....301

Las redes de investigación como respuesta a las enfermedades raras: una década del CIBERER
José María Millán Salvador.....306

Investigación, asistencia y participación ciudadana: la evolución del Centro de Referencia Estatal de Enfermedades Raras
Juan Antonio Rodríguez-Sánchez; Raúl Velasco Morgado.....309

VARIA

EPIDEMIAS, INFECCIOSAS, SALUBRIDAD.....314

Medicina y legitimación del poder imperial: los informes de los consulados españoles del siglo XIX sobre epidemias
Miguel Conde Pazos; Mª Victoria Redondo Vega; Mª del Rosario Gómez Vadillo....315

Dos modelos de arquitectura contra la insalubridad en París (1850-1936): de César Daly a Le Corbusier
Miguel Ángel Navarrete Santana.....320

Fiebre, árboles, marismas, dunas y redes forestales: geografía médica e ingenieril en las dunas del imperio portugués, en las décadas de 1920 y 1930
Ignacio García Pereda.....324

Tomás Cerviá Cabrera y la construcción de la lucha antituberculosa en Tenerife (1928-1936)
José Miguel de Salamanca Hernández.....327

Los orígenes de la vacunación sistemática frente a la rubeola en España
David Sánchez-Herrera, Lourdes Mariño, María Victoria Caballero, María Isabel Porras.....331

Efectos de la pandemia de COVID-19 en el control de la tosferina en España (2000-2024)
Pedro Luis Romera Garrido, Victoria Caballero Martínez, María Isabel Porras Gallo.....336

INSTITUCIONES, POLÍTICAS DE SALUD.....341

La Facultad de Medicina de la Universidad de Lima: poderes enfrentados, fundación y desarrollo (1633-1711)
Mariana Ladrón de Guevara Zuzunaga (Universidad Pablo de Olavide).....342

Rebeldes y peligrosos. Los lugares para la discolía juvenil en Antioquia-Colombia. 1920-1940
Erika Giraldo Gallego.....346

La construcción de una política pública en salud para la prevención del bocio en Colombia, 1930-1960
María Camila Núñez Gómez.....350

La promoción de la salud, la seguridad en el trabajo y la seguridad vial en larevista La Fábrica (1955-1976) de la empresa belga Solvay Cantabria
María Mercedes Martínez González.....354

La población infantil de Fontilles: una vida dentro y fuera de los muros del sanatorio
Inés Antón Dayas; Antonio García Belmar.....358

SABERES, DISCURSOS, LENGUAJE, IMAGINARIOS.....362

Mujeres imaginadas: santas, santos y salud femenina en la hagiografía tardoantigua y medieval
Isabel Ilzarbe López.....363

La vejez, la última enfermedad y la relación con la medicina del franciscano Francesc Eiximenis, obispo de Elna y Patriarca de Jerusalén (1409)
Carmel Ferragud; Andrea Martí Serrano; Ignacio Nebot Segarra.....368

Alexifármacos y revulsivos contra el emponzoñamiento en el Renacimiento
María Muñoz Benavent.....372

La *Sanitas per Corpus* del galenismo el discurso sobre el *Corpus temperatum* (1564) de Cristóbal de Vega (1510-1573)
Justo Hernández.....376

Lingüística médica: las Relaciones Geográficas y la patocenosis de la época de contacto (1521-1580) en la Nueva España
Sandra Elena Guevara Flores.....380

De los terapeutas nativos a la medicina virreinal: aculturación, supervivencia del Ticiotl y persistencia del Ritual en el Valle de México
María Cristina López Ortego.....385

Ciencia, salud y cocina en la gastronomía española contemporánea (1904-1931)
María Tormo-Santamaria; Virginia Rubio Berenguer.....390

Johannes Hofer y la primera tesis médica sobre la nostalgia: genealogía de un paradigma influyente en la medicina moderna
Steen Knudsen Esquerda.....395

La adaptación del discurso médico a los destinatarios: el caso de los diccionarios españoles de medicina doméstica en el siglo XIX
Bertha M. Gutiérrez Rodilla.....399

Profesionalidad y género en la sanidad madrileña. Declaraciones juradas de matronas colegiadas en Madrid (1939-1954)
Irene Palomo Rodríguez; Susana María Ramírez Martín.....403

El lenguaje del cáncer en la prensa española del franquismo: propuesta de estudio utilizando análisis textual asistido por computadora
Rocío Martínez Prieto.....410

Itinerarios materiales del dolor y del alivio: una propuesta docente en Historia de la Medicina
Lucía Expósito-Cívico.....416

LOCURA, PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA.....421

Imágenes de la locura en los siglos XIII-XIV. El loco furioso entre el discurso médico y el teológico
Maribel Morente Parra.....422

"El medico necesita imaginación", según las palabras de Huarte en su "Examen de ingenios" (1575)
Pengchen Dai.....430

Locura y escándalo: el control de las mujeres dementes en la Barcelona del Antiguo Régimen (siglos XVIII-XIX)
Tanit Castells Pañella.....435

Mariano Ruiz Cánovas, un siquiatra en el cambio de siglo
María Luisa Losada Sanmartín.....439

¿Es posible construir una psicoterapia para la liberación? La propuesta de Antonio y Nicolás Caparrós (1976)
Miguel Huertas-Maestro.....442

La construcción histórica del suicidio en España: definiciones entre la enfermedad moral y la enfermedad mental
Andy Eric Castillo Patton.....446

PRESENTACIÓN

El XIX Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina tiene como objetivo principal reflexionar, desde diferentes metodologías y aproximaciones disciplinares, sobre la construcción histórica de la salud. Este volumen es el fruto del llamamiento realizado en enero de 2025, animando a participar a investigadoras e investigadores cuyos trabajos tuvieran relación con la historia de la salud, aunque no estuvieran centrados necesariamente en la misma. El conjunto de trabajos que se recogen da cabida a un amplio abanico de temáticas y metodologías que retratan bien, aunque sea parcialmente, los intereses historiográficos actuales. En sus páginas desfilan cuestiones tan variadas como el urbanismo, el lenguaje, la asistencia, la terapéutica, la cultura material, la literatura, las expresiones artísticas, las profesiones, la memoria histórica, los pacientes, la locura, el racismo, el género, todo ello en relación con la construcción histórica de la salud. La variedad de autores, formaciones académicas y temas abordados muestran la fortaleza y el interés por los abordajes de las cuestiones relacionadas con la salud y la enfermedad desde una perspectiva histórica y corroboran, una vez más, la necesidad de diálogos trasversales e interdisciplinares.

El volumen no recoge la conversación final entre tres historiadoras, Jerònia Pons, Darina Martykánová, Mónica García y Stanislao Mazonni en torno a su encuentro con la historia de la medicina y a las posibilidades que la historia de la salud abre a sus investigaciones. Este acto se ha concebido desde el interés por dialogar desde la historia de la medicina con otras perspectivas que pueden enriquecerla.

Con 115 inscritos, 13 mesas temáticas y 29 comunicaciones libres, la convocatoria del XIX Congreso de la SEHM, pese a la premura de tiempo para organizarlo, se puede considerar un éxito. Un éxito que se ha alcanzado venciendo y sorteando con tesón e imaginación numerosas trabas institucionales. Agradecemos a todos los participantes su colaboración. También deseamos hacer explícito nuestro reconocimiento a los miembros del Comité Científico y del Comité Organizador por la labor realizada. Y, por último, también nos gustaría dar las gracias al Departamento de Salud Pública y Materno-Infantil de la Facultad de Medicina de la UCM, a la UAM y al IH-CSIC por facilitar de manera desinteresada ayuda para la llegada a buen puerto del Congreso. Y por supuesto, a la directiva de la SEHM.

LOS COORDINADORES DE LA PRESENTE EDICIÓN

1.

50 AÑOS DE HISTORIA DEL SISTEMA HOSPITALARIO ESPAÑOL (1975-2025)

COORDINADORA

Pilar León Sanz
Universidad de Navarra
mpleon@unav.es

PRESENTACIÓN

Siguiendo la propuesta del congreso de profundizar en la construcción histórica de la salud, la Mesa muestra los cambios -o más bien las transformaciones- que ha sufrido el sistema hospitalario español en los últimos 50 años (1975-2025).

La línea de investigación sobre la construcción del sistema hospitalario español se ha desarrollado a través de tres proyectos de investigación. El primero (2016-2018) se centró en la construcción de una serie histórica, en la cuantificación, análisis patrimonial y financiación de los hospitales públicos y privados, desde el siglo XIX a 1986 (1).

En el segundo (2019-2021) se analizaron los factores políticos, religiosos, culturales, institucionales y territoriales que llevaron a un desarrollo desigual de las instituciones hospitalaria en España y su comparación internacional (2); y el proyecto actual (2022-2026) trata del «Desarrollo histórico de las empresas hospitalarias del sector privado en competencia y colaboración con el sector público: España en perspectiva internacional (1920-2020)».

FUENTES Y APROXIMACIÓN

Los resultados que se presentan están enmarcados en el debate académico nacional e internacional sobre la evolución de los hospitales en el periodo contemporáneo, con una perspectiva multidisciplinar: participan especialistas del ámbito de la historia económica, de la historia política y social y de la historia de la medicina y de la enfermería. La investigación cuenta con series de datos cuantitativos sobre las instalaciones sanitarias públicas y privadas en España. Ha recuperado fuentes de archivo (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; Archivo General de la Administración, Archivos de CC.AA., Registros Mercantiles por provincias, entre otros). Y los investigadores han analizado las evidencias conseguidas.

OBJETIVOS DE LA MESA

1. Analizar las estrategias de desarrollo de la provisión hospitalaria público-privada en España en los últimos 50 años.

Entre 1975 y 2025, la participación de instituciones privadas y públicas en la configuración del sector hospitalario no ha seguido una trayectoria lineal. Jerònia Pons-Pons y Margarita Vilar-Rodríguez en «50 años de hospitales privados y públicos en España: Colaboración & Competencia» aportan una reflexión autocrítica en torno a esa relación de colaboración y competencia.

Ante la imposibilidad de establecer un análisis simplista de la relación de lo público/privado, ambas investigadoras proponen una periodización de los últimos cincuenta años de historia económica del sistema hospitalario público y privado. Y destacan la incorporación de capital financiero en las últimas décadas, atraídos por el crecimiento del negocio de la salud.

2. Identificar, desde una perspectiva territorial, los diferentes modelos de Sistemas de Salud Autonómicos implantados, en función de las situaciones de partida.

En «Genealogías del modelo público-privado sanitario en Cataluña (1978-1990)», Alfons Zarzoso y Josep Barceló-Prats analizan el origen e impacto de la «regionalización sanitaria» en el llamado «modelo catalán». Cataluña fue la primera Comunidad Autónoma que tuvo delegadas las competencias en Sanidad. Las fuentes estudiadas muestran las conexiones entre el programa propuesto y la situación planteada en Cataluña en el periodo previo a la Guerra Civil. La organización de los servicios sanitarios públicos terminó siendo un «sistema» de provisión mixta pública y privada: un servicio público, en que la propiedad de los servicios no fue exclusivamente de la Administración. La creación, en 1985, de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) integró a los hospitales públicos del Institut Català de la Salut (en 1981, el 30% de las camas), a los hospitales asociados a los consorcios; y a los estrictamente privados.

En contraste, la presentación de Mª Teresa Jiménez-Buñuales, Paulino González-Diego y Leonor González-Menorca, «Gestión del cambio en los hospitales de La Rioja (1986-2019)», revisan cómo el Sistema Hospitalario de La Rioja (SHR), una de las últimas Comunidades Autónomas en asumir las competencias en sanidad, tuvo que prestar asistencia a una población caracterizada por el envejecimiento y la inmigración; y replantear el desarrollo de la asistencia especializada, dependiente, hasta entonces de otras CC.AA. El SHR puso en marcha de un modelo que si bien mantuvo la hegemonía los servicios públicos, estableció sinergias y conciertos con centros privados.

3. Considerar los cambios y transformaciones desde los hospitales.

Este objetivo se ejemplariza a través de la evolución de los hospitales docentes, por su importancia en la construcción histórica de la salud; y las maternidades, por la repercusión en la atención a la mujer. Observaremos el progresivo

incremento de hospitales docentes privados y, por el contrario, el declive de las maternidades.

Víctor Núñez-García mostrará en «Los hospitales docentes en España. Evolución histórica y transformaciones (1975-2025)**»**, los cambios a partir de 1991, por la aparición de las universidades privadas. En la Presentación propone, además, una periodización de la evolución de los hospitales docentes españoles, en función de las dinámicas público-privado.

Por último, Lola Ruiz Berdún muestra en «Parir en Madrid en los últimos 50 años: la transformación necesaria de maternidades públicas y privadas (1975-1924)» que las clínicas privadas, si bien ofrecieron avances médico-técnicos, como carácter diferenciador -como la anestesia epidural-, no fueron inmunes ni a los cambios demográficos derivados de la disminución progresiva de los nacimientos en España, ni a las nuevas demandas de la población. Todo ello llevó a la disminución de las maternidades, tanto públicas como privadas.

En su conjunto, los cinco trabajos analizan, desde un enfoque multidisciplinar, la complejidad y diversidad de los cambios en el sistema hospitalario en España, en los últimos 50 años, cuestión central para comprender una asistencia médico-sanitaria que no pudo o no supo distanciarse de la centralidad del hospital en su organización.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

La Mesa es parte del proyecto «El desarrollo histórico de las empresas hospitalarias del sector privado en competencia y colaboración con el sector público: España en perspectiva internacional (1920-2020)» [PID2021-122699OB-I00] financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vilar-Rodríguez, Margarita, Pons-Pons, Jerònia (eds.) (2018), Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986), Madrid, Marcial Pons.

2. La configuración histórica del sistema hospitalario en España, (2021). Dossier editado por Vilar-Rodríguez, Margarita; Pons-Pons, Jerònia, Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam, 41.1, 15-161.

50 años de hospitales privados y públicos en España: Colaboración & Competencia

Jerònia Pons-Pons
Universidad de Sevilla
jpons@us.es

&

Margarita Vilar-Rodríguez
Universidad A Coruña
mvilar@udc.es

A diferencia de la historia de la medicina, la historia económica apenas había prestado atención al estudio del sistema sanitario en España desde una perspectiva de largo plazo hasta el siglo XXI. Hasta entonces, contábamos con algunos estudios concretos en torno a la historia de algún hospital o a la puesta en marcha del seguro de maternidad durante el primer tercio del siglo XX o la aprobación del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) bajo la dictadura de Franco (1) (2). Pero carecíamos de un análisis histórico más ambicioso del sistema sanitario público y privado en el ámbito español. Tres proyectos de investigación desarrollados durante la última década nos han permitido avanzar en el conocimiento de la configuración histórica del sistema sanitario público y privado en España en perspectiva comparada desde una perspectiva de historia económica. El primer proyecto (2015-2018) se centró en el estudio de la *Financiación, Gestión y Construcción del Sistema Hospitalario Español desde la Historia Económica: Entre lo Público y lo Privado (1942-2015)*. El segundo (2019-2022) abordó las *Claves Históricas del Desarrollo Hospitalario en España y su Comparación Internacional durante el Siglo XX*. El tercero, aún en proceso (2023-2026), pretende profundizar en el estudio del *Desarrollo histórico de las empresas hospitalarias del sector privado en competencia y colaboración con el sector público: España en perspectiva internacional (1920-2020)* (PID2021-122699OB-I00). Los tres proyectos citados comparten una sólida línea temática de investigación en torno al sistema hospitalario, a la vez que proponen un enfoque amplio de análisis, donde lo público y lo privado aparecen permanentemente vinculados dentro de la historia del sector hospitalario. Como resultado de este enfoque, en algunos trabajos se han expuesto diferentes fases de competencia y/o colaboración entre el sistema hospitalario público y privado según el contexto analizado (3, 4). De este modo, al menos desde la aprobación del SOE en 1942, se han propuesto tres grandes etapas en el desarrollo del sistema hospitalario público y privado: dos de más colaboración que competencia (1942-1962) y (1986- hasta hoy) y una de más competencia que colaboración (1963-1985), tal y como se analiza en el Cuadro 1:

Cuadro 1:

1942-1962	1963-1985	1986-hoy
Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad	Ley de Bases de la Seguridad Social	Ley General de Sanidad
Objetivo:	Objetivo:	Objetivo:
Legisla por primera vez un seguro público de enfermedad en un sistema de seguros sociales independientes.	Pretende establecer una seguridad social de caja única, ampliando prestaciones y cobertura	Persigue un sistema nacional de salud de titularidad, gestión y prestaciones públicas con cobertura universal
Resultados:	Resultados:	Resultados:
* Afiliación, cobertura y prestaciones muy limitadas	* Construcción de una red de residencias sanitarias promovida por el PNIS (tardío, lento, caro)	*Mayor capacidad de financiación: de contribuciones sociales a impuestos
* Seguro caro: Personal & infraestructuras	* Extensión de la cobertura y beneficios del SOE, también en ámbito hospitalario	* Modelo descafeinado: La legislación incluye exenciones que posibilitan la colaboración con el sector privado, un proceso reforzado por:
* Poca financiación pública: basado en cotizaciones sociales en un marco de salarios muy bajos	* Menos conciertos firmados con el sector privado (menor nicho de mercado para el sector privado)	• Nueva legislación en esta línea en la década de 1990
* Falta de red de infraestructuras hospitalarias del SOE (DGS queda fuera)	* "Fracasa" en gran parte de los objetivos (problema de financiación y gestión)=baja cobertura y prestaciones.	• Transferencias de gestión sanitaria a las comunidades autónomas
*"Fracaso" de la Ley de Coordinación Hospitalaria Pública de 1962	* Financiación insuficiente del sistema, dependiente de las contribución laborales en un contexto de bajos salarios	• Deterioro de parte da cobertura de los Estados de bienestar bajo criterios "neoliberales" ("eficiencia", "austeridad")
* Necesidad de firmar acuerdos con una pequeña constelación de entidades colaboradas (oportunidad de negocio para el sector privado)	* Exenciones del sistema para los funcionarios (nichos de negocio abiertos para el sector privado):MUFACE, MUGEJU, ISFAS...	• Penetración de capital financiero en el sector
* Funciona casi como una mutua con baja afiliación y cobertura. En el ámbito hospitalario apenas cirugías y urgencias		
Consecuencia: Colaboración más que competencia entre hospitales públicos y privados	Consecuencia: Menor colaboración y aumento de la competencia entre hospitales públicos y privados	Consecuencia: Colaboración más que competencia entre hospitales públicos y privados

Esta comunicación pretende aportar una reflexión autocrítica en torno a esta relación de colaboración y competencia y a la periodización aportada en los últimos cincuenta años de historia económica del sistema hospitalario público y privado. En particular, el bagaje obtenido en las diversas investigaciones permite poner en cuestión la idoneidad de estos dos conceptos durante la última etapa de la democracia. La cuestión es ¿los hospitales públicos y privados compiten en 1975 y colaboran en 2025?

Desde un punto de vista histórico, el sector privado ha estado presente en el sector sanitario antes que el ámbito público, tanto con fin como sin fin de lucro. Los servicios médicos de pago o la beneficencia privada laica o eclesiástica resultaron fundamentales para la atención de personas enfermas en España durante un largo periodo de tiempo. Cuando el Estado liberal puso en marcha programas de beneficencia pública desde el siglo XIX, hablamos de economía

mixta del bienestar, una fórmula donde lo público y lo privado conviven y se demandan en función de la capacidad adquisitiva de los posibles pacientes. Con la implementación del SOE bajo la dictadura de Franco, las limitaciones del nuevo seguro en afiliación, cobertura, prestaciones e infraestructuras hicieron necesaria la continuidad del tándem público y privado. No obstante, a este último se le abrió una nueva posibilidad de desarrollar negocio a través de la atención de pacientes derivados de la sanidad pública.

La ampliación del SOE en la década de 1960 y 1970 no supuso la sustitución de lo público por lo privado, porque no se alcanzó la universalidad, porque el desarrollo de infraestructuras resultó demasiado lento en un sistema que se consolidó como hospitalocéntrico y porque el sector privado conservó una cartera de clientes privilegiada (5, 6).

La etapa democrática en España supuso la aprobación de la Ley General de Sanidad, esto es, un sistema nacional de salud con cobertura universal y un nuevo sistema de financiación vía impuestos, cuando las transferencias de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas ya habían empezado (7). Estos cambios conllevaron grandes avances en la calidad de la sanidad pública y un incremento considerable de su capacidad de financiación. No obstante, desde el momento inicial se plantearon diversas fórmulas de acceso al sistema público desde la sanidad privada: mantenimiento de nichos de negocio (funcionarios); listas de espera en la sanidad pública (firma de conciertos con hospitales privados) o recortes de prestaciones de especialistas (más pacientes en consultas privadas); o defensa de mayor eficiencia y menor coste de lo privado frente a lo público (privatización de servicios de la sanidad pública o fórmulas de gestión privada de hospitales).

Además, la penetración de los intereses de capital privado en la sanidad pública se vio impulsado por las posibilidades de negociación con un amplio abanico de 17 gobiernos autonómicos - que dotó a las empresas de una mayor capacidad de negociación- y por la concentración empresarial en grandes grupos hospitalarios privados- que supuso una pérdida de capacidad de decisión de los médicos en la gestión.

Como consecuencia, a finales del siglo XX, el 60% de los hospitales privados mantenían un concierto firmado con la sanidad pública, lo que significa que el dinero público supone una fuente de ingresos clave en su negocio (cuadro 2). De hecho, grupos de presión del sector sanitario como IDIS defienden la sanidad pública, pero con servicios limitados, para que el sector privado pueda actuar como complemento esencial. Según su argumento, el sistema nacional de salud «ahorra» con la colaboración privada; esta idea les sirve para defender las políticas de «austeridad» en lo público y un mayor flujo de fondos públicos hacia lo privado (8).

Cuadro 2: Hospitales y camas del sector privado por dependencia patrimonial en régimen de concierto con la sanidad pública en España

Dependencia patrimonial	Número de hospitales			Número de camas		
	1996	2005	2019	1996	2005	2019
Cruz Roja	12	6	7	1.307	639	710
Iglesia	33	40	41	6.681	8.236	8.551
MATEP	5	5	4	501	506	200
Privado Benéfico	51	49	34	6.847	6.948	5.613
Privado no Benéfico	119	152	147	16.727	18.644	15.749
Total privados concertado	220	252	233	32.063	34.973	30.823
Total sector privado	463	462	468	52.251	51.714	51.769
Total España	855	849	879	167.429	157.808	159.175
% concertados del sector privado	48	55	50	61	68	60

Fuente: Elaboración propia a partir de los Catálogos Nacionales de Hospitales, 1996, 2005 y 2019. MATEP: Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Ya en el siglo XXI, dos procesos paralelos profundizaron estas tendencias (8, 9). De un lado, las mal denominadas políticas de austeridad se utilizaron para justificar «recortes» en lo público y potenciar aún más la desviación de pacientes al sector privado y la privatización de servicios (laboratorios, ambulancias, seguridad, limpieza…) bajo un supuesto criterio de «ahorro de costes y mayor eficiencia». De otro, el sector privado se ha visto sometido a un proceso de financierización que ha conducido a una penetración de fondos bancarios y de capital riesgo que han generado grandes grupos hospitalarios que concentran de manera progresiva la propiedad (cuadro 3). Esta tendencia ha generado dos consecuencias: primera, una transformación profunda en la sanidad privada, donde los objetivos financieros han adquirido un papel prioritario, frente a otros criterios sanitarios; segunda, una mayor capacidad de presión desde el sector privado.

Cuadro 3. Cuota de mercado en número de hospitales de los grupos hospitalarios sobre el sector hospitalario privado (2010-2022)

Grupos hospitalarios	2010	2022	PROPIEDAD
Quirónsalud	1,9	10,2	Fondo de Inversión. Grupo alemán HELIUS. Pertenece a FRESENIUS
San Juan de Dios	12,8	6,5	IGLESIA
Vithas		4,2	Fondo de inversión GOODGROWER
HM Hospitales	1,1	4,5	Familia Abarca
Grupo Hospitalario HLA		3,2	HLA Lavinia Salud, S.L.
Hermanas Hospitalarias	10,2	3,0	IGLESIA
Grupo Viamed		2,8	Fondo de Inversión MACQUARIE GROUP
Grupo Hestia Alliance		2,3	Fondo de inversión alemán MEDIAN con el respaldo del fondo de inversión holandés Waterland
Grupo Ribera		1,9	Fondo de inversión CENTENE 90% y 10% banco Sabadell
Hospitales Católicos de Madrid		1,6	IGLESIA
Grupo Pascual	2,4		Familia Pascual
Grupo Hospiten	1,7	1,6	Familia Cobiella
Grupo Recoletas	1,3	1,6	Fondo de Inversión H.I.G. WHITEHORSE, la filial de crédito de la empresa de inversión global H.I.G. Capital («H.I.G.»).
Cruz Roja	1,0	1,2	ONG
Hospitales Nisa	2,2		
Capio	2,9		
USP	2,4		
Ruber	0,6		
Resto de grupos	59,5	55,7	

Fuente: Informe IDIS 2011 (p. 34) y 2023 (p. 41). Las cifras en las columnas no suman cien debido al redondeo aplicado en los decimales en la fuente utilizada.

En esencia, en perspectiva histórica observamos como el sector hospitalario privado ha cambiado su estrategia en cada etapa para garantizar su viabilidad y defender sus intereses de negocio, a la vez que ha presionado en el ámbito de las políticas públicas para generar «necesidad» de un servicio básico e inelástico como la atención sanitaria. El caso de España no es particular, pues se han observado procesos similares en otros países dentro y fuera de Europa occidental (10). Siendo conscientes de esto, pensamos que los términos colaboración & competencia resultan poco apropiados para analizar la relación entre lo público y lo privado en el ámbito sanitario. Y aunque el sector privado hospitalario tampoco es homogéneo, podemos afirmar que en los últimos 50 años una buena parte de este sector ha progresado sostenido en dinero público en tiempos de supuesta austeridad. Por esta línea, nos gustaría profundizar en futuras investigaciones.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Agradecemos la financiación del Proyecto *El desarrollo histórico de las empresas hospitalarias del sector privado en competencia y colaboración con el sector público: España en perspectiva internacional (1920-2020).* Referencia PID2021-122699OB-I00 financiado por MCIN/ AEI y por FEDER, 2023-2026. IPs: Jerònia Pons-Pons y Margarita Vilar-Rodríguez.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pons-Pons, Jerònia; Vilar-Rodríguez, Margarita (2014), El Seguro de Salud Privado y Público en España: Su análisis en perspectiva histórica (1880-2010), Zaragoza, Prensas Universitarias de Zaragoza.

2. Vilar-Rodríguez, Margarita; Pons-Pons, Jerònia (eds.) (2018), Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986) [Financiación, gestión y construcción del sistema hospitalario español], Madrid, Marcial Pons.

3. Vilar-Rodríguez, Margarita; Pons-Pons, Jerònia (eds.) (2022), Los hospitales y las pandemias en España e Italia desde una perspectiva histórica, Alicante, Publicaciones Universidad de Alicante.

4. Vilar-Rodríguez, Margarita; Pons-Pons, Jerònia (2019), Competition and collaboration between public and private sectors: the historical construction of the Spanish hospital system 1942-86, Economic History Review, 72(4), 1384-1408.

(5) Barceló-Prats, Josep (2021), Genealogía de la reforma hospitalaria en España: la gestación de una nueva cultura hospitalocéntrica de la sanidad, Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam, 41(1), 27-51.

6. Comelles, Josep. M.; Alegre, Elisa; Barceló-Prats, Josep (2017), Del hospital de pobres a la cultura hospitalo-céntrica. Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán, Kamchatka: revista de análisis cultural, 10, 57-85.

7. Barceló-Prats, Josep (2024), The Emergence of Modern Hospital Planning and Administration in Spain (1966–1986). En Fernández-Pérez, Paloma (ed.). Business History of Hospitals in the 20th Century: Entrepreneurship, Organization, and Finances, Springer, pp. 83-96.

8. Vilar-Rodríguez, Margarita y Pons-Pons, Jerònia (2022), The penetration of financial capital and the growth of private hospital groups in Europe: the case of Spain (1975-2022), Medical History, 66(4), 339-359.

9. Vilar-Rodríguez Margarita; Pons-Pons Jerònia (2024), The emergence of financial capital in the health insurance business in Europe: The case of Spain in the last fifty years, Revista de Historia Económica, 42(2), 217-242.

10. Gorsky, Martin; Vilar-Rodríguez, Margarita; Pons-Pons, Jerònia (eds.) (2020), The Political Economy of the Hospital in History, University of Huddersfield, Huddersfield Press.

Genealogías del modelo público-privado sanitario en Cataluña (1978-1990)

Alfons Zarzoso
Institució Milà i Fontanals, CSIC
azarzoso@imf.csic.es

&

Josep Barceló-Prats
Universitat Rovira i Virgili
josep.barcelo@urv.cat

En esta contribución analizamos, en primer lugar, las genealogías ideológicas y técnicas de la doctrina sobre regionalización sanitaria en Cataluña, con el objeto de destacar el papel de los ideólogos que participaron en la planificación del «modelo catalán». A continuación, también se examina el desarrollo y evolución del caso de estudio entre 1978 y 1990 –año en que se aprobó la *Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya* (LOSC)–, teniendo en cuenta los factores que condicionaron esa planificación del modelo y que, con matices, han mantenido la hegemonía del hospital dentro de la red de servicios asistenciales públicos.

Un modelo sanitario viene definido por los fundamentos ideológico-políticos mediante los cuales los estados abordan el derecho a la atención sanitaria y a la salud de su ciudadanía. En términos prácticos, ello implica que cualquier «modelo» se define a partir de tres parámetros: financiación, acceso y cobertura. En este sentido, la complejidad histórica del «modelo catalán» también exige contextualizar el desarrollo y evolución del caso dentro de la España contemporánea, partiendo del modelo unitario y de base mutualista de protección social surgido de la Ley General de la Seguridad Social de 1966 y transitando hacia el modelo, implantado por la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986, caracterizado por una financiación pública ligada a los presupuestos generales del Estado, de acceso universal a las prestaciones y con una cobertura establecida mediante una cartera de servicios. Sin embargo, una cosa es el «modelo» y otra la organización del «sistema» –esto es, los servicios mediante los cuales se da respuesta a las necesidades sanitarias–. En Cataluña, el desarrollo de la organización sanitaria de los servicios públicos se terminó realizando mediante un «sistema» de provisión mixta pública y privada. Esto es, un sistema que se configuró como un servicio público, pero sin que la propiedad de los servicios fuese exclusiva de la Administración, permitiendo así que empresas de derecho privado, mercantiles o fundaciones, fueran contratadas –pasando a ser «proveedores» sanitarios del sistema público– para prestar servicios a la ciudadanía (1).

Sin embargo, el concepto de «modelo catalán» va más allá de su vertiente sanitaria, puesto que fue un término utilizado durante los debates políticos que se originaron en los años de la Transición democrática y durante las primeras legislaturas de la nueva democracia. Así, a modo de crítica, la expresión «modelo catalán» refirió a un «experimento» frente a lo que todavía era un «no-modelo» de sanidad española, puesto que las transferencias a otras Comunidades Autónomas antes de 1986 aún eran escasas y la mayoría no se completaron hasta 2002. Lo cierto es que el «modelo catalán» nunca fue un «experimento» organizativo, puesto que las primeras propuestas teórico-prácticas de integración y planificación de los servicios sanitarios ya se documentan en los años 1920 y 1930 del siglo pasado (2). La Guerra Civil y el inicio del franquismo interrumpieron el desarrollo de este proceso, que no se retomó hasta mediados de los años cincuenta y, con más notoriedad, durante los sesenta mediante la promulgación de la Ley de Hospitales de 1962 y con las propuestas del II Plan de Desarrollo, así como el Decreto 575/1966, sobre el Catálogo de hospitales y regionalización hospitalaria, que distribuyó el territorio en once «regiones hospitalarias». Fue en este contexto normativo cuando, en Cataluña, se desarrollaron nuevos estudios técnicos y doctrinarios sobre «regionalización sanitaria» (3).

En 1955, el Colegio de Médicos de Barcelona puso en marcha una sección de «Hospitales y Beneficencia», liderada por el pediatra Ignasi Aragó Mitjans (1916-2012), con el fin de elaborar los estudios e informes técnicos que permitieran la reforma y modernización del conjunto de hospitales de Cataluña, con independencia de su régimen jurídico y administrativo. Sin embargo, la tarea arbitrista de esta sección no tuvo efectos prácticos, en Cataluña, hasta 1966, cuando se efectuó la primera modernización organizativa de un hospital catalán, la del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona (4). El papel orgánico que el grupo liderado por Aragó terminó jugando en los debates sobre la reforma de los hospitales y su regionalización, tuvo su principal fruto con la publicación, en 1969, de un informe muy riguroso sobre la situación hospitalaria de Catalunya y Baleares (5). Sin duda, este documento fue el principal referente del *Mapa Sanitari* que la *Generalitat de Catalunya* publicó en 1980 (6). Le siguieron otras publicaciones firmadas por miembros del grupo de Aragó, como Carles Soler Durall (1928-2021) o Helios Pardell Martí (1946-2008).

En este contexto, en 1975, surgió la Unió Catalano-Balear d'Hospitals (UCBH) –actual Unió Catalana d'Hospitals (UCH)–. Presidida por Esperança Martí Salís (1935-2022), inicialmente, estuvo formada por el Hospital Clínico de Barcelona –el único de titularidad pública–, centros dependientes de comunidades religiosas –como los de la Orden de San Juan de Dios–, entidades benéficas o privadas sin ánimo de lucro –como el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo–, asociaciones cívicas –como los hospitales de la Cruz Roja– y, entre otras, mutualidades de previsión social –como la Clínica Salud La Alianza–. Entre sus objetivos principales figuraba hacer llegar a la Administración la preocupación por la situación sanitaria, en general, y la hospitalaria, en particular.

En el X *Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua catalana*, celebrado en Perpiñán en 1976, el arbitrismo sanitario catalán hizo pública su agenda política, cuyo

objetivo era el de recuperar la autonomía y las competencias sanitarias legisladas en 1934 (7). Aunque la prioridad era la reforma hospitalaria, por la masificación de su demanda, hay que señalar los debates que en este período se estaban produciendo sobre la atención primaria, paralelos a la declaración de Alma-Ata. Fue en estas coordenadas cuando se publicaron las primeras propuestas para la creación de un *Servei Nacional de Salut* (8). Todos ellos son documentos programáticos que, con independencia de la filiación política de sus autores, ponen de relieve elementos de consenso, tanto hospitalarios como de atención primaria.

El *Mapa Sanitari* publicado en 1980 constó de cuatro capítulos y tres anexos (6). El primer capítulo describe el marco general del país y la organización administrativa y sanitaria. El segundo incorpora la noción de estado de salud y una descripción pormenorizada de los recursos en equipamientos y humanos, junto a su situación jurídico-administrativa y económica. El tercero plantea la nueva ordenación sanitaria y su financiación, poniendo sobre la mesa la sectorización de la asistencia hospitalaria. El cuarto propone la comarcalización basada en áreas de salud que no difiere en demasía del Plan de regionalización de 1969 (5). En los anexos, el «mapa» describe las necesidades de las diferentes áreas asistenciales de acuerdo con criterios técnicos y políticos de planificación normativa, ligados al reequilibrio territorial y a la potenciación de la estructura comarcal.

En 1981, se transfirieron las competencias del INSALUD a la *Generalitat*, lo que acarreó la necesidad de gestionar los hospitales y ambulatorios conocidos como los del «Seguro». Con esta finalidad, en 1983, se creó el *Institut Català de la Salut* (ICS). Sin embargo, hay que recordar que, en ese período, estos hospitales apenas representaban el 30% de todas las camas hospitalarias disponibles en Cataluña, quedando un 70% en manos de otros establecimientos de titularidad muy diversa. Por esta razón, todos ellos fueron regulados, inmediatamente, como proveedores de servicios del sistema de salud público mediante la creación, en 1985, de la *Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública* (XHUP). La XHUP fue el único intento de coordinación entre hospitales de titularidad diversa –muchos de ellos con conciertos con la Seguridad Social– y los propios de la Administración que precedió realmente a la LGS, influyendo sin duda en su redacción. La creación de la XHUP fue la clave del llamado modelo sanitario catalán, puesto que también permitió regular la creación de empresas públicas. Con ello la *Generalitat* se atribuyó la potestad de crear una empresa –llamada «consorcio»– de la que era el accionista mayoritario, pero sin que ésta estuviera sometida al derecho administrativo, ni sus trabajadores fueran funcionarios, sino que se rigieran por el derecho mercantil y sus trabajadores por el régimen laboral.

En resumen, la XHUP permitió la coexistencia de las tres formas de gestionar los hospitales en Catalunya. Esto es, la gestión pública –en los del ICS–, la semi-pública en los asociados a la UCH o los consorcios –fundaciones benéfico-privadas, patronatos, empresas de índole municipal, etc.-, y la estrictamente privada –en una parte muy minoritaria–. Su articulación acabó determinando la redacción, en 1990, de la LOSC que, durante años, ha singularizado el modelo catalán con respecto de los existentes en el resto del Estado.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Esta contribución forma parte del proyecto «El desarrollo histórico de las empresas hospitalarias del sector privado en competencia y colaboración con el sector público: España en perspectiva internacional (1920-2020)» [PID2021-122699OB-I00] financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. de Nadal, Juli (2016), La construcción de un éxito. Así se hizo nuestra sanidad pública, Barcelona, Ediciones La Lluvia.

2. Fernández-Pellicer, Enric (1932), Ordenació hospitalària a Catalunya, solucions pràctiques, Annals de Medicina, 7 (any XXVI), 387-408.

3. Aragó, Ignasi (1967), Els hospitals a Catalunya, Barcelona, Imp. Altès.

4. Barceló-Prats, Josep; Comelles, Josep M. (2020), L'evolució del dispositiu hospitalari a Catalunya (1849-1980), Manresa, PACS.

5. Aragó, Ignasi; Artigas, Josep; Muntaner, Josep M.; Soler-Durall, Carles (1969), Plan general de regionalización hospitalaria en Cataluña y Baleares. 5a Región Hospitalaria Española, Barcelona, Caja de Ahorros Provincial de la Diputación de Barcelona.

6. Artigas, Josep (dir.) (1980), La sanitat a Catalunya. Anàlisi i propostes del Departament de Sanitat i Assistència Social, Barcelona, Generalitat de Catalunya.

7. Peláez, Manuel J. (1982), La Conselleria de Sanitat i Assistència Social de la Generalitat Republicana a través de la Ley de Bases, de 5 de abril de 1934 y de la Ley de Coordinación y Control Sanitarios Públicos, de 26 de junio de ese año, Revista de Política Social, 134, 73-86.

8. Acarín, Nolasc; Espasa, Ramón; Sans, Carme; Vergés, Joaquim (1977), Servicio Nacional de Salud. Una alternativa democrática a la sanidad, Barcelona, Ed. Laia.

Gestión del cambio en los hospitalesde La Rioja (1986-2019)

María Teresa Jiménez-Buñuales
Hospital de Calahorra. Servicio Riojano de Salud
mtbunuales@riojasalud.es

&

Paulino González-Diego
Investigador independiente
paulinogonzalezdediego@gmail.com

&

Leonor González-Menorca
Universidad de La Rioja
leonor.gonzalez@unirioja.es

La historiografía española disponible hasta el momento ha elaborado escasas interpretaciones globales y a largo plazo que nos permita comprender el desarrollo de la oferta hospitalaria, tanto pública como privada (4).

En el caso de La Rioja, el marco normativo hay que destacar la aplicación de tres regulaciones: la Ley General de Sanidad, Ley 14/1986, de 25 de abril; la transferencia de competencias en materia sanitaria, Real Decreto 1473/2001, de 27 de diciembre y la Ley 2/2002 de Salud de La Rioja, de 17 de abril, entre otras, cuya aplicación llevó a potenciar el desarrollo de los hospitales públicos en esta Comunidad Autónoma.

El análisis de la evolución demográfica de La Rioja ha puesto de manifiesto los dos rasgos más relevantes que definen la estructura demográfica de la población en este territorio: el envejecimiento y la inmigración. El aumento de la demanda de servicios sanitarios, que se debe principalmente al envejecimiento de la población y a la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, respecto a otra Comunidades Autónomas. Estos fenómenos requirieron una mayor inversión en cuidados de larga duración, tratamientos complejos y servicios especializados.

Se presenta una investigación con visión global sobre la reconfiguración del Sistema Público de Salud de La Rioja entre 1986 y 2019. El enfoque es desde la gestión del cambio en los hospitales basado en la lógica de evaluación 360º que integra: liderazgo, estrategia, personas, alianzas y recursos, procesos y resultados.

El estudio tiene como objetivo general conocer el desarrollo y transformación del sistema hospitalario de La Rioja. Los objetivos específicos son, en primer lugar, el desarrollo de nuevas áreas de especialización. En segundo lugar, revisar las estrategias a través del estudio de la transformación organizativa y la evolución de los hospitales generales, psiquiátricos y sociosanitarios. En tercer lugar, identificar las alianzas y los recursos mediante el análisis de la gestión colaborativa con el Servicio Público de Salud.

Se han revisado las siguientes fuentes documentales primarias y secundarias: Archivos: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; General; Municipales: Haro, Logroño, Calahorra. Bibliotecas: Instituto de Gestión Sanitaria, Consejería de Salud, Universidades de Navarra y de La Rioja. Catálogos y censos de hospitales del Ministerio de Sanidad. Estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y del Instituto de Estadística de la CA. Memorias, informes, Intranet y sitios web de los hospitales. Fuentes de hemeroteca: locales, regionales, nacionales. Las fuentes escritas han sido complementadas con testimonios orales de profesionales del sistema hospitalario. Las personas entrevistadas fueron seleccionadas por conveniencia, con el propósito de que fueran representativas. Se han incluido 65 conversaciones con 33 personas. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica.

La investigación ha incluido el estudio del marco de los hospitales de La Rioja; de la regulación, y el análisis de los datos respecto a la situación de los hospitales de La Rioja en comparación con otras comunidades autónomas, en el contexto del Sistema Nacional de Salud. Este método ha permitido enmarcar la investigación y dar un significado a los datos en relación con la evolución de los hospitales en España en el período estudiado.

RESULTADOS

Conforme se han ido mejorando las infraestructuras y con el avance de las tecnologías, se han desarrollado nuevas áreas de especialización en los hospitales (1). En el período estudiado hubo un aumento y desarrollo en el número de especialidades médicas y quirúrgicas, que conllevó una menor derivación a las Comunidades Autónomas limítrofes (Navarra, Cantabria, Aragón, País Vasco) respecto al período anterior, y que dependió en buena medida, de las decisiones políticas del Gobierno de La Rioja (2).

La proporción de hospitales públicos fue del 56,22 % en La Rioja y del 44,62 % en el conjunto de España. Al inicio de este estudio, el 43 % de los hospitales eran privados; este número se mantuvo sin cambios al final del periodo de estudio. Este patrón cambió en La Rioja en 2013 (hospitales públicos: 39,67 %; hospitales privados: 55,13 %). Asimismo, la proporción de camas públicas fue del 87,75 % (La Rioja) y del 68,25 % (conjunto de España) y la proporción de camas privadas fue del 12,25 % (La Rioja) y del 31,75 % (conjunto de España). A partir de 2013, se observa una tendencia creciente en la proporción de camas privadas (22 %) y disminuye la proporción de camas públicas hasta el 78 % (patrón más pronunciado que a nivel nacional) (3).

Ha habido un total de doce hospitales en La Rioja en el periodo estudiado (1986-2019). De ellos, cuatro hospitales no sobrevivieron, dos públicos y dos privados. Algunos de los factores que concurrieron en la desaparición de dos hospitales privados (Sanatorio Velázquez y Policlínico Médico Quirúrgico Nuestra Señora del Carmen) fueron los cambios habidos en la medicina, los efectos de la crisis económica, la ausencia de relevo familiar y la reducción de los conciertos. En cuanto a la desaparición de dos hospitales públicos (Hospital San Millán y Hospital Reina Sofía), se llevó a cabo la integración de los hospitales San Millán y San Pedro en una primera fase, y del Hospital de La Rioja en una segunda fase, formando el Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de La Rioja con objeto de una mayor eficiencia. Si bien hubo una propuesta de ampliar el Hospital San Millán, finalmente se decidió invertir en el nuevo Hospital San Pedro. Respecto al Hospital Psiquiátrico Reina Sofía, el nuevo modelo de Salud Mental, con un enfoque comunitario, fue un factor decisivo en su no supervivencia.

Además, un elemento propio de La Rioja ha sido el fomento de la colaboración público-privada. Las fórmulas elegidas han sido el contrato de gestión de servicios y la concesión de obra. Respecto al contrato de gestión de servicios, por un lado, en el ámbito sociosanitario fue el caso del Centro Sociosanitario Nuestra Señora de Valvanera (3).

Por otro lado, se estableció un contrato de gestión de servicios con la Cínica Los Manzanos, en la prestación de asistencia sanitaria de procesos quirúrgicos y procedimientos intervencionistas diagnósticos y terapéuticos a los beneficiarios del Sistema Público de Salud de La Rioja. Los Centros Sociosanitarios Los Jazmines y Nuestra Señora Virgen del Carmen, al ser de nueva construcción, el Gobierno de La Rioja optó por la fórmula de la concesión de obra, en las que se contrató la obra y el servicio (3).

En conclusión, el modelo hospitalario de La Rioja se caracteriza por una predominancia de las camas públicas sobre las privadas, si bien se observa una tendencia creciente del número de camas privadas a partir de 2013, por la incorporación de dos hospitales sociosanitarios para dar respuesta a las necesidades de la población. Un elemento característico ha sido el fomento de la colaboración público-privada, concebida como alianza estratégica.

El sistema hospitalario de La Rioja se ha construido y desarrollado gracias al liderazgo entendido como servicio, la estrategia y el esfuerzo colectivo de las personas. Una vez aprovechados al máximo los recursos propios, mediante las alianzas se ha dado respuesta a pacientes y a la sociedad, aunando iniciativas públicas y privadas.

Esta investigación aporta una perspectiva territorial e institucional con interés local y general. El estudio de los hospitales desde la gestión del cambio puede ayudar a explicar la historia contemporánea de los hospitales de La Rioja y del conjunto de España.

BIBLIOGRAFÍA

1. León-Sanz, María Pilar, Sarrasqueta Sáenz, Pilar (2017), Caracterización de los tipos de Hospitales a través del análisis de la revista Estudios sobre hospitales y beneficencia (1955-1968). En: Zarzoso, Alfons, Arrizabalaga, Jon, eds. Al servicio de la salud humana: la Historia de la Medicina ante los retos del siglo XXI, Sant Feliu de Guíxols, Sociedad Española de Historia de la Medicina, pp. 137-142.

2. Jiménez-Buñuales, María Teresa, González-Menorca, Leonor, González-Diego, Paulino, León-Sanz, Pilar (2022), El desarrollo de la oncología en La Rioja (1986-2015): ¿una apuesta política y estratégica?, Ciencia, medicina y ley: XVIII Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina (València, 15-17 de junio de 2022). Sociedad Española de Historia de la Medicina, pp. 192-198.

3. Jiménez-Buñuales, María Teresa, León-Sanz, Pilar, González-Diego, Paulino, González-Menorca, Leonor. The Collaboration of Private Hospitals with the Public Health Service: The Case of La Rioja, Spain (1986–2019). Healthcare 2024, 12, 990. https://doi.org/10.3390/healthcare12100990

4. Vilar-Rodríguez, Margarita y Pons-Pons, Jerònia (2018), Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986). Madrid, Marcial Pons Historia.

Los hospitales docentes en España. Evolución histórica y transformaciones (1975-2025)

Víctor M. Núñez-García
Universidad de Sevilla
victorm@us.es

El objetivo de esta comunicación es analizar los hospitales docentes españoles durante los últimos cincuenta años a través de sus principales fases históricas, con especial incidencia en las dinámicas público-privado. Hoy en día la docencia es una de las funciones fundamentales de un hospital, además de la asistencia y la investigación. En este sentido he hecho algunas aportaciones recientes centradas en el desarrollo histórico de esa función docente en los hospitales (1, 2) a las cuales me remito para consultar algunos detalles y datos no incluidos en este texto. A continuación, paso a abordar este recorrido histórico parcelado en varias fases, períodos en los que se producen una serie de transformaciones relevantes y en las que es preciso tener en cuenta que me voy a referir fundamentalmente a la formación universitaria, aunque haga alguna referencia a la formación universitaria de posgrado (FSE, antiguo MIR). Asimismo, el análisis de la dinámica público y privado es el eje transversal de este texto.

FASE 1. TRANSFORMACIÓN

En 1975 los hospitales clínicos universitarios constituían un segmento muy reducido del dispositivo hospitalario en España (3). Los hospitales dependientes del Ministerio de Educación eran en total doce, incluyendo la incorporación de los nuevos hospitales clínicos de Salamanca, Sevilla y Zaragoza, que abrieron sus puertas a mediados de la década. Por número de camas instaladas este grupo de hospitales rondaba entre el 8 y el 10% del dispositivo hospitalario español. Asimismo, había otros hospitales de la Seguridad Social, pertenecientes antes al INP, que también tenían convenios con universidades y que estaban dentro del circuito de las prácticas clínicas en la docencia universitaria. De hecho, existía desde 1970 un convenio base entre el Ministerio de Ministerio de Educación y de Trabajo (del que dependía INP y luego la Seguridad Social), para la vinculación entre los hospitales de la SS y universidades. Finalmente, también había a esas alturas dos hospitales privados con una clara vocación docente: por una parte, la Clínica Universitaria de Navarra, de la Universidad de Navarra perteneciente a Opus Dei, y por otra, la Fundación Jiménez Díaz (FJD), centro vinculado a la Facultad de Medicina de la UAM, desde su creación en 1969. La FJD, hoy en día en manos del grupo Quirón Salud, originariamente era una fundación privada

laica, pero con intensos vínculos con el Franquismo. Si observamos el panorama universitario español, a la altura de finales de la década de los ´70 había en España 22 facultades médicas, 21 públicas y 1 privada (la Universidad de Navarra) (4), en una época de muy lento crecimiento, que contrasta notablemente con la situación de los últimos años, marcada por un *boom* de los estudios médicos y por una necesidad creciente de nuevos hospitales universitarios (públicos y también privados).

Más allá de esta diversidad, si nos centramos exclusivamente en los antiguos hospitales clínicos universitarios del Ministerio de Educación, éstos eran centros obsoletos en la década de 1970, con problemas de financiación, de gestión y de sobresaturación de alumnado, en una época previa al actual sistema de numerus clausus. Respecto a su organización funcional no se llevaron a cabo en esta etapa las reformas que dictaba la doctrina hospitalaria internacional, con la excepción de la reforma organizativa del Clínic de Barcelona bajo la gestión de Miguel Ángel Asenjo en 1972 (5). Estos centros no estaban dentro del grupo de hospitales punteros en España, buena prueba de ello es que a pesar de su perfil formativo se quedaron fuera de los primeros ensayos de implantación del sistema MIR en España, liderados por el Seminario de Hospitales con Programa de Graduado.

La mayor transformación de estos hospitales fue el paso de su dependencia patrimonial del Ministerio de Educación al nuevo Ministerio de Sanidad, creado ya en Democracia en 1977, dentro de un proceso más amplio de reorganización sanitaria para superar la dispersión institucional propia de la etapa franquista. Los hospitales clínicos universitarios fueron transferidos a INSALUD (creado en 1978) a comienzos de la década de los ´80. Se pretendía entre otras cuestiones: homogeneizar la oferta de estudios médicos en España, mejorar las enseñanzas médicas en el hospital y posibilitar la integración del resto de hospitales de la SS en el circuito de la docencia universitaria. Los veteranos hospitales clínicos universitarios pasaron a la gestión y dependencia patrimonial del Ministerio de Sanidad y a partir de la Ley General de Sanidad de 1986 a los servicios sanitarios de las comunidades autónomas.

FASE 2. EVOLUCIÓN CONTENIDA

El paso de los hospitales clínicos universitarios a Sanidad posibilitó que las fuerzas se igualasen y que estos hospitales mejorasen en organización, gestión y recursos económicos. Cuestiones en las que estaban en una posición de franca inferioridad cuando pertenecían patrimonialmente al Ministerio de Educación y seguían una lógica organizativa basada en el binomio cátedra/clínica. En los años ´80 y en los años ´90 el crecimiento del mapa universitario español y de las facultades médicas siguió siendo contenido, aunque ya observamos en la década de los ´90 un primer impulso del sector privado en la universidad, lo que en un primer momento no se tradujo en un aumento masivo de facultades de medicina, al contrario, entre 1980 y el año 2000 se pasa en el país de 23 facultades a 26, con la única presencia privada de la Universidad de Navarra. En general, en esta época aumentaron también de forma contenida los convenios

entre los grandes hospitales generales públicos y las universidades, aún estaba por llegar la penetración masiva del sector privado en la enseñanza superior y de los grupos hospitalarios privados en la educación médica, propia de las últimas décadas. Pero este proceso no puede explicarse sin el Real Decreto 557/1991. Esta normativa abría las puertas a la entrada de la inversión privada de carácter laico (con ánimo de lucro) en la universidad española.

FASE 3. EXPLOSIÓN DE LA PRIVATIZACIÓN

En las últimas décadas en España estamos asistiendo a un *boom* de nuevas universidades privadas, centros que aspiran a tener unos estudios muy demandados y rentables como el Grado en Medicina, por lo que ese *boom* también puede trasladarse a una pulsión muy importante en los últimos años por abrir incesantemente nuevas facultades médicas, especialmente privadas. La expansión de la universidad privada en España ha sido analizada al detalle en un reciente ensayo por Carles Ramió (6), aunque quizá haya pasado demasiado de puntillas por un factor decisivo al menos en los últimos años, la entrada de fondos de inversión extranjeros de capital riesgo, donde un valor social como la universidad transmuta en un activo financiero. Es evidente que hoy en día potenciar lo público o lo privado en pilares básicos del Estado del Bienestar como la educación y la sanidad son cuestiones de un importante calado ideológico. Como apuntaba, la expansión de la universidad privada también ha conllevado el crecimiento de los estudios médicos, aunque últimamente se han abierto nuevas facultades públicas (Huelva, Alicante) y se ha ampliado la oferta de plazas públicas, la mayor parte de este crecimiento exponencial de los últimos años proviene del sector privado. Si en el año 2000 había 25 facultades médicas públicas y una privada, en el año 2024 hay 38 facultades públicas y 17 privadas, superando el sector privado el 30% en este espacio formativo. La cuestión aquí sería si esta expansión privada en los estudios médicos también viene acompañada de una mayor presencia en España de hospitales privados en el circuito de la enseñanza universitaria. A la luz de los datos de los últimos años, la respuesta es afirmativa.

Los grupos hospitalarios privados que operan en España están cada vez más interesados en desarrollar la función docente en sus hospitales (enseñanzas universitarias y FSE/MIR), especialmente los grupos líderes del sector: Quirón Salud, HM Hospitales, Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, etc. (7). Además, suele haber una vinculación directa entre facultades médicas privadas y hospitales privados para albergar sus prácticas clínicas, aunque hay algunas interesantes excepciones como la de la FJD. Si tomamos el ejemplo del grupo Quirón Salud, cuenta actualmente en su carta de servicios con 57 hospitales, de los cuales 10 son universitarios. Bien es cierto que tres de ellos, situados en la Comunidad de Madrid, son hospitales públicos, pero con la cesión de su gestión al grupo Quirón. Otros grupos hospitalarios privados también están apostando fuertemente por la docencia universitaria y la formación de FSE/MIR en centros propios. El histórico predominio de los grandes hospitales generales públicos universitarios sigue vigente hoy en día en España, aunque nos encontramos en un contexto de cambio de paradigma, en el que el peso del sector privado

aumenta significativamente. Esta es una investigación que aún sigue en curso, por lo que las conclusiones necesariamente deben ser parciales. Más allá del aumento del sector privado en el campo de los hospitales universitarios españoles de los últimos años, debemos enfocar nuestra visión a los puntos de conexión entre el sector universitario privado y los grandes agentes hospitalarios privados: intereses y estrategias comunes, grupos de inversión…

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Esta comunicación forma parte del Proyecto «El desarrollo histórico de las empresas hospitalarias del sector privado en competencia y colaboración con el sector público: España en perspectiva internacional (1920-2020)». Referencia PID2021-122699OB-I00 financiado por MCIN/ AEI /10.13039/501100011033/ y por FEDER Una manera de hacer Europa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Núñez-García, Víctor M. (2021), Los hospitales docentes en la España contemporánea: el caso de los hospitales clínicos universitarios, Dynamis, 41-1, 53-78.

2. Núñez-García, Víctor M. (2023), La modernización del hospital y la educación médica. El caso de España en perspectiva histórica, Educación Médica, 24, 100814.

3. Vilar-Rodríguez, Margarita y Pons-Pons, Jerónia, eds. (2018). Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986), Madrid, Marcial Pons.

4. Conferencia Nacional de Decanos. 2018, *Redacción Médica*, 5-10-2018; Fuga de médicos, *El País*, 17-10-2022; La carrera por Medicina: las comunidades abren nuevas facultades contra el criterio de Sanidad y los decanos, *El Diario*, 15-10-2024.

5. Barceló-Prats, Josep (2021), Genealogía de la reforma hospitalaria en España, Dynamis, 41-1, 27-51.

6. Ramió, Carles (2025), La privatización de la universidad, Madrid, Catarata.

7. Fundación Idis (2024), Observatorio del sector sanitario privado 2024, Madrid, IDIS.

Parir en Madrid en los últimos 50 años: la transformación necesaria de maternidades públicas y privadas (1975-2024)

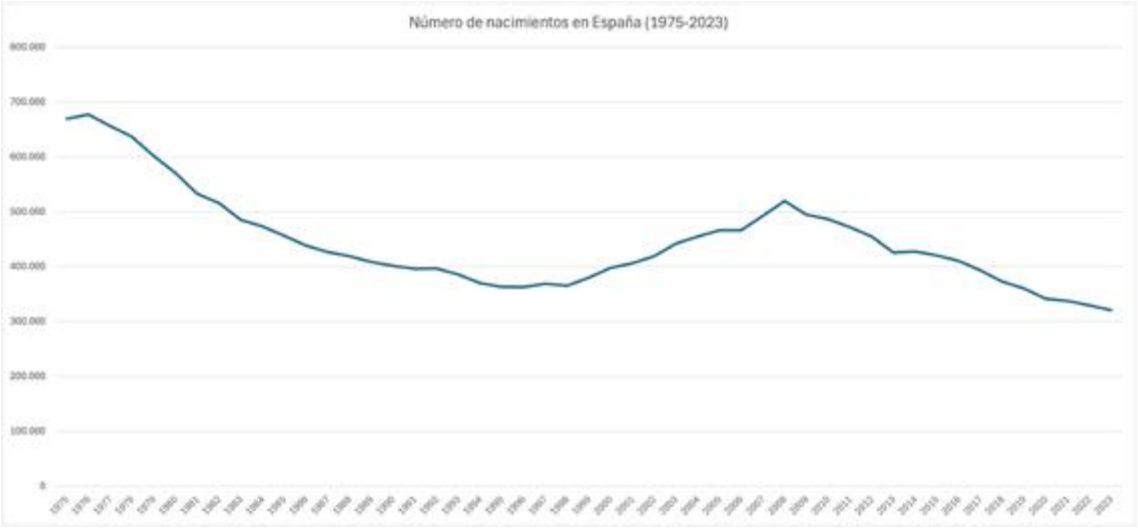
Dolores Ruiz-Berdún
Universidad de Alcalá
lola.ruizberdun@uah.es

En 1995, la matrona Consuelo Ruiz Vélez-Frías escribía un artículo titulado «¿Cómo se paría en Madrid hace nada más que 50 años?» (1). Consuelo Ruiz, gran defensora de la autonomía de las mujeres en sus procesos reproductivos y la primera persona en publicar un libro sobre el parto sin dolor en España, había sido testigo de la transformación que había sufrido la atención al parto en la ciudad. Ella misma había formado parte de uno de los equipos tocológicos de la capital, asistiendo partos a domicilio, hasta que estos desaparecieron del medio urbano (2). En el fondo, la autora quería dejar constancia de que, en el proceso de institucionalización del parto, las mujeres habían perdido toda capacidad de decisión y elección del lugar en los que tendría lugar su alumbramiento o de los profesionales que la iban a atender.

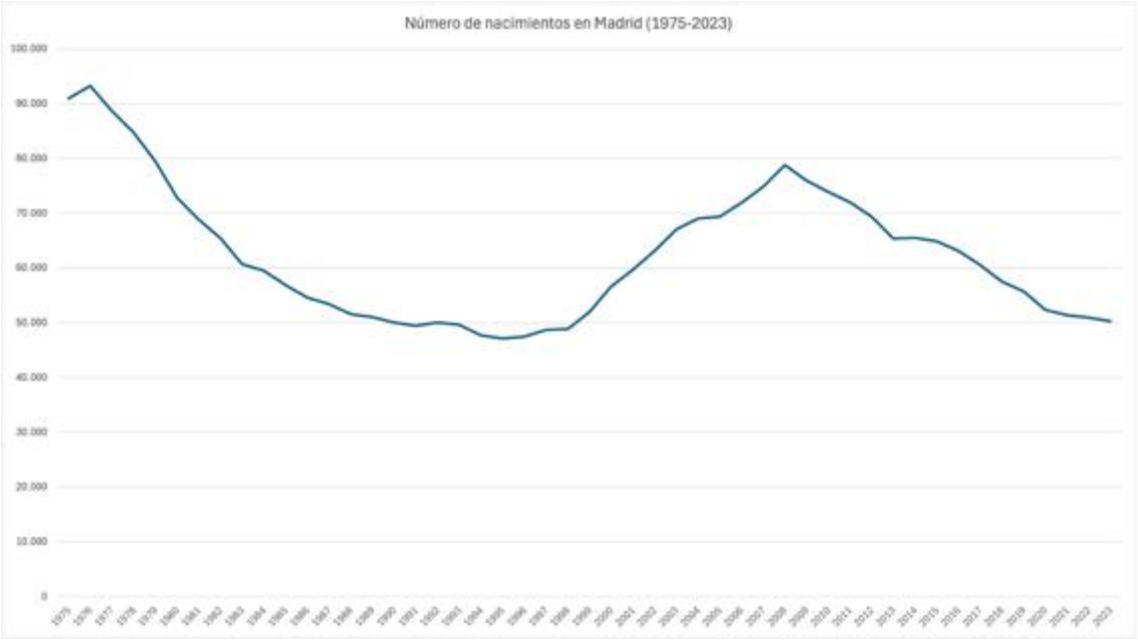
La presente contribución también va a poner su foco en el mismo tema, es decir, analiza la atención al parto en la provincia de Madrid en los últimos 50 años, aunque desde otra perspectiva diferente. Se trata de uno de los resultados preliminares de una investigación más amplia centrada en el estudio de la asistencia obstétrica en España, que incluye datos estadísticos provenientes del INE, memorias anuales publicadas por centros hospitalarios públicos y privados, entrevistas a profesionales de la atención al parto, etc.

Aunque las fuentes de la investigación amplia son mucho más variadas, en este caso se ha recurrido, fundamentalmente, a las memorias de centros hospitalarios, las fuentes estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y diversa documentación del Ministerio de Sanidad.

El periodo que vamos a analizar, 1975-2024, coincide con el inicio de una disminución progresiva en los nacimientos en España, interrumpida por un repunte en la década de 1998 a 2008, para volver a caer hasta mínimos históricos en 2023. Ese año, nacieron en el país 320.656 bebés, la cifra más baja desde 1941 (3). Si se compara esta evolución con la acaecida en la provincia de Madrid, se puede observar en esta última una caída inicial más brusca, pero las gráficas son prácticamente simétricas.



Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (3)



Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (3)

Para 1975, ninguna mujer residente en Madrid paría en su casa, si exceptuamos los posibles casos de partos precipitados. A los centros tradicionales, como la Casa de Salud de Santa Cristina, el Hospital Clínico, la Casa de la Madre de Auxilio Social o el Instituto Provincial de Maternidad, se había unido, en 1965, la maternidad de la Residencia Sanitaria La Paz, en cuyo proyecto se contemplaban 398 camas y 256 cunas (4, pp. 102). La inauguración se producía en pleno *baby-boom*, y la maternidad de La Paz se convirtió en una auténtica factoría de bebés, en la que se trabajaba como en una cadena de montaje, según los recuerdos de algunas matronas que trabajaron aquellos años en el centro. Concretamente, en 1976, se llegó a la máxima cifra de partos atendidos, con un total de 29.276 partos, lo que suponía una media de 80,20 partos diarios (5). El número de partos de este centro hospitalario ha descendido mucho en los últimos años (5.150 partos en 2023), no solo por lo cambios demográficos mencionados, sino porque a la nómina de hospitales públicos mencionados anteriormente, se fueron

añadiendo, paulatinamente, otros centros que han dispersado la asistencia obstétrica por toda la ciudad y la provincia.

La incorporación de los métodos de control de bienestar fetal y la sistematización de ciertas prácticas a todas las parturientas, como la administración de enema, rasurado, monitorización interna y episiotomía, tampoco contribuyó a mejorar el bienestar materno durante el proceso obstétrico (6).

No es de extrañar que la atención en este tipo de centros se deshumanizase y que las mujeres que quisieran una atención más personalizada y pudiesen permitírselo optasen por la asistencia privada. A finales de los años setenta la tipología de los centros privados que atendían partos en Madrid era variada. Algunos centros dependían de la Iglesia, pero la mayoría pertenecían a grupos profesionales médicos. Los pequeños centros dedicados exclusivamente a maternidad habían disminuido drásticamente a lo largo del siglo bien por haberse clausurado, bien por haberse transformado en centro quirúrgicos o generales que permitían optimizar las instalaciones y la ocupación de camas. A lo largo del periodo estudiado, la mayor parte de estos centros, que continuaban existiendo, fueron comprados por grupos empresariales, que podían hacer frente a la inversión cada vez más necesaria en infraestructuras y personal, como la incorporación de una UCI neonatal (7).

Con respecto al volumen asistencial, las instituciones privadas no han sido demasiado transparentes a la hora de ofrecer datos. Algunos grupos empresariales, han cambiado esta tendencia en los últimos años, incluyendo en sus páginas web memorias anuales. Este es el caso del grupo HM Hospitales, en cuyos datos también se puede apreciar el efecto del cambio demográfico que ha sufrido España. De 5.843 partos atendidos en dos hospitales madrileños del grupo en 2006 (HM Montepríncipe y HM Torrelodones), a 4.502 en 2022, la última memoria con datos desagregados de nacimientos por hospitales. En ese intervalo, cerraron la maternidad de Torrelodones a finales de 2015, aunque se añadieron las del HM Nuevo Belén en 2012 y la del HM Puerta del Sur (7).

En octubre de 2003 nacía en Madrid la asociación El Parto Es Nuestro (EPEN), con unos objetivos muy concretos: conseguir que las mujeres recuperasen el papel protagonista que nunca debieron perder en sus procesos reproductivos (8). Poco a poco, esta sociedad civil se fue extendiendo al resto del territorio nacional, participando en diversos foros de debate y abriendo las puertas a una nueva conciencia sobre el trato recibido por las mujeres y sus bebés en el parto. Una de las fundadoras de EPEN había publicado, en 1995, un libro que iba a suponer una revolución, como su propio nombre indicaba, y a abrir los ojos a muchos profesionales sobre una realidad ignorada hasta entonces: cómo las mujeres identificaban el momento de su parto, como una de las experiencias más traumáticas de sus vidas. El libro tuvo tanto éxito que fue reeditado en 2006 (9).

En 2007, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicaba un documento titulado *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud (EAPN)* (10). Se trataba de un documento de consenso, elaborado por un grupo de trabajo

multidisciplinar, impulsado desde el Observatorio de Salud de las Mujeres, que en esos momentos lideraba la pediatra Concha Colomer Revuelta (1958-2011).

Los cambios en la asistencia obstétrica no fueron todo lo rápidos y efectivos que cabría esperar, porque la EAPN contenía recomendaciones de mejora, pero incumplirlas no tenía ningún tipo de consecuencias. Sin embargo, una mayor concienciación de las mujeres hacia sus derechos reproductivos, probablemente influida en los últimos años por las redes sociales, han sido determinantes a la hora de producir ciertos cambios. También la disminución de los nacimientos ha servido de acicate para los centros públicos, muchos de los cuales han llevado a cabo reformas en sus instalaciones, como la incorporación de las unidades de trabajo de parto y recuperación (UTPR), que mejoran el confort y la intimidad de la mujer y su acompañante (7).

Las clínicas privadas no han sido inmunes a los cambios en las demandas asistenciales. Si durante unos años fueron los únicos centros que podían asegurar que las parturientas tuviesen asegurada la anestesia epidural, poco a poco han ido incorporando a su oferta opciones como el «parto humanizado» o aceptando la presentación de un plan de parto (7).

CONCLUSIONES

Los cambios demográficos y las nuevas demandas de la población en los últimos 50 años han provocado que la asistencia al parto en centros sanitarios madrileños, ya sean públicos o privados, se haya ido modificando. Sin embargo, medidas como pintar las paredes de colores pastel, o incorporar una bañera en las salas de dilatación, no sirven de nada si el personal sanitario no está dispuesto a cambiar su rutina y la dirección de los centros hospitalarios no colaboran al cambio de la cultura asistencial.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Investigación realizada en el marco del proyecto «El desarrollo histórico de las empresas hospitalarias del sector privado en competencia y colaboración con el sector público: España en perspectiva internacional (1920-2020)». Referencia PID2021-122699OB-I00 financiado por MCIN/ AEI /10.13039/501100011033/ y por FEDER Una manera de hacer Europa del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES

1. Ruiz Vélez-Frías, Consuelo (1995), Cómo se paría en Madrid hace nada más que 50 años, Híades, 2, 57-62.

2. Ruiz-Berdún, Dolores (2022), De los cursos de puericultura a la educación maternal: el papel de las matronas en la preparación para el nacimiento en España a lo largo del siglo xx, Historia y Memoria de la Educación, 15, https://doi.org/10.5944/hme.15.2022.30597

3. Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la Población: Nacimientos. Por lugar de residencia de la madre y sexo. Total nacional y provincias. Disponible en: https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=6506&L=0

4. Pieltain Álvarez-Arenas, Alberto (2003), Los hospitales de Franco: la versión autóctona de una arquitectura moderna, Madrid, Universidad Politécnica de Madrid.

5. Usandizaga, José Antonio y Calero, Francisco (dir.) (1984), Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social La Paz. Maternidad. Memoria de actividades 1976-1980, Madrid, Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social.

6. Ruiz-Berdún, Dolores (2023), ¿Tecnología o acompañamiento del parto? La relación profesional sanitario-gestante en España a lo largo del siglo xx, Asclepio, 75 (1), 1-12.

7. Ruiz-Berdún, Dolores (2025, en prensa), Del parto tecnológico al parto humanizado: la adaptación de las clínicas privadas a las nuevas demandas de la población española (1950-2020). En: Pons-Pons, Jerònia y Vilar-Rodríguez, Margarita (eds.), la empresa hospitalaria en la historia contemporánea: salud y negocio en España, Zaragoza, Prensas Universitarias de Zaragoza, pp. 79-98.

8. Villarmea, Stella; Olza, Ibone; Recio, Adela (2015), El parto es nuestro: El impacto de una asociación de usuarias en la reforma del sistema obstétrico de España, Dilemata, 7 (18), pp. 157-183.

9. Fernández del Castillo, Isabel (2006), La revolución del nacimiento, Madrid, Gránica.

10. Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud 2007, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

2.

LA (RE)ELABORACIÓN DE LA IDENTIDAD MÉDICA DURANTE LA ÉPOCA CONTEMPORÁNEA: ¿DINÁMICAS TRANS(NACIONALES)?

COORDINADORES

Lluís Coromina Verdaguer
Universidad Autónoma de Barcelona
lluiscorominaverdaguer@gmail.com

&

Darina Martykánová
Universidad Autónoma de Madrid
darina.martykanova@uam.es

PRESENTACIÓN

Proponemos una mesa temática donde invitamos a investigadoras e investigadores a reflexionar sobre la identidad médica durante la época contemporánea, tanto en su creación y evolución, como en sus las dinámicas nacionales y transnacionales.

A lo largo de la contemporaneidad, en el seno de la medicina, se forjó y estableció la identidad profesional. Esta cuestión estuvo relacionada con los procesos de profesionalización, institucionalización, jerarquización, especialización y medicalización social, tanto en España como en otros países europeos. En este contexto se puso el acento en la formación reglada y, conforme iba avanzando el siglo XIX, poseer una titulación universitaria específica se fue convirtiendo en un requisito imprescindible. También se fortaleció la regulación profesional: además de la implantación de un marco legal a nivel estatal, destacan las instituciones de autogobierno y espacios de autorregulación profesional, como los colegios y las sociedades médicas, pero también la prensa profesional.

En la práctica profesional, se transitó del paradigma hipocrático-galénico al anatomo-clínico y, más adelante, al bacteriológico, estrechamente ligado a la medicina experimental. Además, se fue configurando el imaginario en torno del buen profesional, multiplicándose los argumentos y discursos para reforzar el estatus social médico con el fin de diferenciarse de otras figuras en el campo de la salud sobre todo las que los médicos querían presentar como ilegítimas, como los denominados curanderos e intrusos. Si bien los médicos intentaron negar a las mujeres la autoridad en el arte de curar, reduciéndolas a papeles entendidos como auxiliares, desde el último tercio del siglo XIX las mujeres empezaron a acceder a los estudios universitarios. Por último, también es relevante la forja de

lugares de memoria médicos para afianzar la identidad profesional. En conjunto, el objetivo fue instaurar un monopolio en su campo de acción.

Algunas preguntas que nos planteamos son las siguientes: ¿qué importancia tuvieron los colegios de médicos y espacios de sociabilidad profesionales en este proceso?, ¿qué relatos se materializaron en la prensa especializada?, ¿las autoridades políticas ejercieron un rol significativo?, ¿las representaciones públicas sobre facultativos se incrementaron sustancialmente?, ¿qué elementos son enfatizados en estos dispositivos?, ¿qué otros factores caben ser considerados para reflexionar sobre la creación de la identidad médica?, ¿la identidad médica se tiene que declinar en singular o en plural?, ¿con qué otras identidades profesionales (como abogados o ingenieros) entraron en diálogo?, ¿cuál es la incidencia de la lógica de género?, ¿los aspectos señalados son semejantes o tienen diferencias notorias en España y en el resto de Europa?, ¿qué circulaciones se patentizan?

Las comunicaciones tratan sobre la construcción de la práctica ideal en medicina de manera transnacional (Comelles); la autoridad y el reconocimiento social de estos profesionales en el caso checo en los siglos XIX y XX (Rambousková y Martykánová); las transformaciones de las construcciones identitarias de los médicos y sus discursos profesionales en la España de mediados del siglo XIX, prestando particular atención a las connotaciones de género (Martykánová y Núñez-García); las imágenes que se materializaron en la prensa con el acceso de las mujeres a finales del siglo XIX en España (Cerdá y Coromina); y la forja de la identidad de las enfermeras españolas en clave de género (Masramon). Los participantes proceden de distintas universidades: Universitat Rovira i Virgili, Universitat Autònoma de Barcelona, Universitat de Barcelona, Universidad de Sevilla, Universidad Autónoma de Madrid y University of Pardubice.

Palabra de médico. La construcción de la práctica ideal en la medicina contemporánea

Josep M. Comelles
Medical Anthropology Research Center
Universitat Rovira Virgili.
josepmaria.comelles@urv.cat

CONTINUIDADES Y DIFERENCIAS

"Otra faceta muy importante de vuestro trabajo será la atención domiciliaria. Los pueblos están envejecidos y con muchas personas mayores que tienen problemas de movilidad, que viven alejadas de la consulta, y en ocasiones carecen de adecuados medios de transporte. En las visitas a los domicilios de estos pacientes, seréis conscientes de cómo viven, cómo tienen sus casas y os dará una nueva visión de las condiciones de salud que les rodean, entraréis en la parte privada de su hogar, de su vida. La gente os agradecerá vuestra dedicación con una sonrisa, con una lechuga, con unos huevos de su corral o simplemente con un «gracias». En la atención domiciliaria, aparte de visitar a las personas mayores, también tendréis que visitar a los pacientes en seguimiento por cuidados paliativos terminales, Tendréis que estar formadas en el control del dolor y otros síntomas de la enfermedad, y saber ofrecer un apoyo físico, emocional, social y espiritual a los pacientes y sus familiares. Después de un tiempo, veréis que no tienes que picar para entrar en su domicilio, entrarás como uno más de la familia, tendrás la puerta abierta de sus casas" (1).

Escrito por una mujer describe cómo debe actuar el médico de familia en el medio «rural», pero puede generalizarse cualquier visita domiciliaria. El 1837 Jean-Baptiste Munaret, escribía:

"En el campo hay que hablar el dialecto del cantón en que se vive, porque la mayoría de los campesinos no entienden nada de la lengua de su nación, y con los que la saben, pero se niegan a hablarla, es absolutamente necesario saber el dialecto para domarlos (…). El campesino es curioso, interroga incluso a su médico; Quiere saber el nombre y la historia de la enfermedad por la cual está siendo consultado" (2, p. 37-40).

Ambos textos contrastan entre la práctica aprendida durante su carrera en torno al «paciente hospitalario» y la realidad fuera del hospital (3, 4).

Los dos siglos que median entre ambas citas ponen de relieve una continuidad, con matices distintos, más imperativos en el siglo antepasado, más relativistas

en el actual. Munaret no pide permiso, García Fernández asume que el locus es del paciente, y no el suyo, y pide permiso. Coinciden en proponer «buenas prácticas», pero que no se basan en su destreza clínica sino en una «mirada etnográfica» que no describen como tal, pero crucial para su misión y para convertirlos en referencia para la ciudadanía.

PALABRA DE MÉDICO

Desde finales del S.XVIII, la evolución en la enseñanza médica y en la mirada clínica dio lugar al «paciente hospitalario» y a la reificación del cuerpo. Antes, la producción de experiencia clínica procedía de una práctica descentralizada a pesar de la presencia de médicos en los hospitales. Los referentes de las buenas prácticas están en Hipócrates, del que Pinel reclamaba su lectura a los estudiantes. La inserción de la práctica médica en la economía capitalista y los efectos del proceso de medicalización a partir del discurso «orgánico» de los profesionales exigió revisar el relato sobre el «buen médico», no precisamente el dominante en siglos anteriores (5). El problema del relato sobre la eficiencia, y eficacia pronóstica y diagnóstica de la «nueva» medicina cuestionaba un conocimiento basado en la relación entre el medio y la enfermedad, en crisis a partir de la hegemonía de la clínica construida en la «patografía» sobre un «paciente hospitalario» aislado del medio. La paradoja se planteó, inmediatamente y por eso Munaret describe la distancia que ya se estaba creando entre la formación médica y el escenario de la práctica y la necesidad de un relato nuevo sobre el buen doctor. Pocas décadas más tarde Monlau consideraba que los estudiantes debían ir a las fábricas y a los barrios durante la carrera (6).

La invención de un relato sobre el «buen médico» por los propios médicos debe considerarse el producto de una operación «de imagen». Se basó inicialmente en un relato de médicos senior a estudiantes o jóvenes profesionales, vindicatoria de un código ético, pero sobre todo basado en la necesidad de «comprender» el contexto social y cultural del enfermo que la medicina social trataría además «explicar»(7). La relación comprender y explicar le plantea a la medicina la contradicción entre el «caso» – percibido en términos siempre anatómico-clínico-biológicos interpretados a partir del individualismo metodológico de la clínica y la situación más común en su práctica sobre todo domiciliaria. Lo explicitan Munaret y García Hernández, aunque el primero no renuncia a su *auctoritas* del y la segunda médico adopta una actitud relativista sin caer en el falso dualismo de la relación médico paciente (8). Ambos autores sitúan en médico no en una arena social y cultural diversa – campo ciudad en ambos ejemplos-, pero que corresponde a la atención a la diversidad cultural y social y exige una actitud inédita y distinta (9).

Esos relatos pueden documentarse en distintos países (10), aunque muestran modalidades culturales específicas tanto en la literatura (11; 12; 13), el arte -el realismo social(14) en el cine de David Griffith (*The rural doctor*, 1909) y de John Ford (*Dr. Arrowsmith*,1931) y en la televisión (15; 16). Sin embargo, la idealización del buen doctor debe ser sometida a una hermenéutica de las fuentes, principalmente etnográficas y literarias que lo sustentan, entendiéndolas

como una narrativa que resulta indispensable deconstruir a partir de la aplicación del análisis cultural las condiciones de su producción (17). Una observación sistemática y desde una perspectiva comparativa de esos relatos pone de relieve que salvo en algunos casos, la actitud y la relación con la arena social y cultural en la que el médico – o cualquier otra profesión sanitaria- debe insertarse no son el fruto de su formación, sino un efecto colateral de su experiencia en el campo. Es importante señalar que esa experiencia, suele corresponder sobre todo de la intuición y de reflexionar sobre ella que de la formación. Puede comprobarse en la reciente *Guía de Atención domiciliaria* (18) en la que lo que plantea García Hernández debería ser el punto de partida del abordaje de la práctica y en cambio no existe. Sin embargo no debe reducirse el problema a dos modos de independientes: el mirar desde la *auctoritas* lo que en antropología se suele identificar como posición *etic* y que dio lugar a la etnografía positivista desde la antigüedad y a la indiferencia en relación al valor de la mirada propia, en pos solo de escuchar el relato sin otro elemento de triangulación o contraste. Munaret parte de lo primero, pero reconoce que ha de escuchar, no tango tan claro que el texto presente lo tenga tan claro. Munaret, no debe olvidarse que se forma en el contexto intelectual en que se incita a los médicos a escribir topografías médicas como una herramienta de conocimiento y reflexión (19). Lo que plantea García Hernández es distinto, se mueve en el énfasis en la empatía y las emociones propia de la cultura posmoderna, pero hemos de preguntarnos si cuenta con las herramientas teóricas y prácticas para ir más allá.

BIBLIOGRAFIA

1. García Fernández, J. J. (2024). Por qué ser médic@ de familia rural? Atención Primaria, 56(3). https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102869

2. Munaret, J. B. P. (1840). Du médecin des villes et du médecin de campagne: moeurs et science (2ª). Germer Baillieres, Libraire Editeur.

3. Herzlich, Claudine & Pierret, Jeaninne (1985). The social construction of the patient: patients and illnesses in other ages. Social Science & Medicine, 20(2), 145-151.

4. Zarzoso, Afons (2022). «igual que en su casa»: la construcción del paciente hospitalario en las clínicas quirúrgicas de la Barcelona de 1900. Dynamis, 42(1), 95-123.

5. Comelles, Josep M. (2024). L'etnografia en la «missió» del metge. Actes d'Historia de la Ciència i de la Tècnica, 17, 15-49.

6. Barceló-Prats, Josep & Comelles, Josep M. (2022). ¿Qué carrera para qué medicina? El fracaso de la introducción de las ciencias sociosanitarias en la formación médica del primer franquismo (1938-1959). Historia y Memoria de la Educación, 15, 29-61.

7. Terradas, Ignasi (1985). La història de les estructures i la història de al vida. En La vida quotidiana dins la perspectiva històrica (p. 3-30). Institut d'Estudis Baleàrics.

8. Laín Entralgo, Pedro (1964). La relación médico enfermo: Historia y teoría. Madrid: Revista de Occidente.

9. Comelles, Josep M. (2003). Cultura y salud. De la negación al regreso de la cultura en medicina. Quaderns de l'I.C.A., 19, 111-131.

10. Comelles, Josep M. (1998). Parole de médecin. Le récit sur la pratique dans la médecine contemporaine. En François. Laplantine, Joseph Lévy, J.-Baptiste. Martin, & Alexis Nouss (Ed.), Récit et Conaissance (p. 299-316). Presses Universitaires de Lyon.

11. Jones, Sarah (2024). Doctor-patient Relationship and the Nineteenth-century French Novel. Oxford University Press.

12. Rothfield, Lawrence (1992). Vital signs. Medical Realism in Nineteenth-Century Fiction. Princeton University Press.

13. Trigo, Felipe (1912). El médico rural. Madrid: Editorial Renacimiento

14. Gual, M. (2010). «Carrera d'artista». L'obra en context. En Ciència i Caritat al Descobert (p. 10-30). Ajuntament de Barcelona- Institut de Cultura.

15. Comelles, Josep M., & Brigidi, Serena. (2014). Fictional encounters and real engagements: the representation of medical practice and institutions in Medical TV shows. Actes d'Història de la Ciència i de la Tècnica, 7, 17-34.

16. Turow, Joseph (2010). Playing Doctor: Television, Storytelling, and Medical Power. University of Michigan Press.

17. Comelles, Josep M., & Barceló-Prats, Josep. (2020). Fonts documentals per a l'estudi de la medicina rural durant el franquisme. Gimbernat, 73, 133-151.

18. Semfyc. (2019). Guía de atención domiciliaria. SemFYC.

19. Comelles, Josep M. The role of local knowledge in medical practice: a trans-historical perspective. Culture, Medicine and Psychiatry, 24(1), 41-75.

La clase social en la lucha de los médicos checos por la autoridad profesional y por el reconocimiento social, 1830-1930*

Barbora Rambousková
University of Pardubice/Universidad Autónoma de Madrid
rambouskova.barbora@centrum.cz

&

Darina Martykánová
Universidad Autónoma de Madrid
darina.martykanova@uam.es

In the mid-nineteenth century, physicians in the Czech Lands could claim neither elite status as a professional group nor unquestionned authority in the medical field. Despite the legal protection granted by the Habsburg monarchy, they did not have an efficient monopoly on medical authority and practice and had to face fierce competition from lay healers, men and women, and from other medical professionals. In our paper, we analyze how Czech-speaking physicians navigated social dynamics in the nineteenth-century society, in urban and rural areas, and how they strove to strengthen their authority in medical field, mobilising their professional credentials as well as class and gender discourses. We identify individual strategies of social ascension and reproduction, but also the emergence of collective efforts to boost the standing and authority of the whole professional group. Practices such as socialising in patriotic circles, employing fashionable architects to have their house built and publishing memoirs proved to be as important in this complex, but eventually successful effort as professional press and associations.

**Por expreso deseo de las autoras no se publica el resumen ampliado.*

Los médicos románticos: género, clase y ciencia médica en la España liberal*

Darina Martykánová
Universidad Autónoma de Madrid
darina.martykanova@uam.es

&

Víctor Núñez-García
Universidad de Sevilla
vvictormanuel1977@gmail.com

En toda Europa, los médicos son figuras emblemáticas de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, personajes públicos celebrados mediante estatuas y calles en su honor, y protagonistas de novelas con alto contenido de crítica social. Y, sin embargo, el siglo XIX estuvo marcado por su ardua batalla por el reconocimiento social y por situarse entre las élites de la época. En esta lucha, estos hombres que hicieron de su ocupación su identidad movilizaron una serie de elementos, conceptos y prácticas que les permitieron insertarse en la masculinidad hegemónica de la época y, al mismo tiempo, tensar sus límites e introducir nuevos elementos. En esta comunicación aspiramos a mapear las transformaciones de sus construcciones identitarias y de sus discursos profesionales en la España de mediados del siglo XIX, prestando particular atención a las connotaciones de género.

** Por expreso deseo de los autores no se publica el resumen ampliado.*

«Medicina con polisón»: contraimágenes de la profesión médica en España a finales del siglo XIX*

Blanca Cerdá Aznar
Investigadora independiente
blanceaznar@gmail.com

&
Lluís Coromina Verdaguer
Universidad Autónoma de Barcelona.
Universidad de Barcelona
lluiscorominaverdaguer@gmail.com

El acceso de las primeras mujeres a facultades de medicina de ciertas universidades españolas fue narrado a partir de fórmulas que subrayan el carácter excepcional de estos acontecimientos. La ironía y el sarcasmo fueron instrumentos habituales que caracterizaron las primeras reacciones de los medios periodísticos. Se articularían *grotescas* representaciones que acentuaban la corrupción de cierto esencialismo femenino, cuyo declive se sitúa en los márgenes de la moralidad burguesa. Estos discursos se vierten tanto en imágenes como en retóricas provocadoras a propósito de espacios vinculados a la adquisición de conocimiento y a la habilitación para el ejercicio profesional de la medicina. Al perfilar a las mujeres como sujetos anómalos, limitados por prejuicios psiquiátricos y fisiológicos, se elaboraron intrincadas narrativas sobre la incompatibilidad biológica y ética con la disciplina médica. En este sentido, la llegada a las aulas, la relación con compañeros y el profesorado, así como un exhaustivo conocimiento anatómico se narran como estímulos nocivos, capaces de resquebrajar la honra e incitar a la soberbia.

Si el cuerpo femenino fue puesto en tela de juicio, a partir de nociones sobre la insuficiencia de temple y resistencia a la adversidad, también fue objeto de diversas caricaturas. Estas expresiones que transitan los lenguajes humorísticos, para difundir una crítica a la subversión de roles de género en materia profesional, recurren a irrisorias provocaciones inspiradas en la estética femenina de las clases acomodadas. La presente propuesta de comunicación trata de profundizar en tales asociaciones y aspira a contextualizarlas en los discursos de profesionales médicos contemporáneos. Para ello, se aborda un análisis de diversas fuentes hemerográficas procedentes de la prensa generalista y especializada de la España del cambio de siglo. Los marcos teóricos remiten a una preocupación por las categorías de género y clase social, que interfieren en ciertas construcciones en el terreno de lo identitario. Se parte de un esquema atravesado por la dicotomía entre la respetabilidad representada por la masculinidad hegemónica y la desazón que despiertan los emergentes modelos de feminidad en el campo de la medicina. Ello se inscribe en el marco de las crisis finiseculares y la transferencia de modelos de ciudadanía asociados al mundo profesional, como una pauta de modernidad para ciertas culturas políticas.

** Por expreso deseo de la autora y el autor no se publica el resumen ampliado.*

Identidad de las enfermeras en el primer tercio del siglo XX: ¿ángeles del hospital o mujeres modernas?*

Alba Masramon Cruzate
Universitat de Barcelona
albamasramon@ub.edu

Las identidades profesionales femeninas han sido ampliamente estudiadas por la historiografía de las mujeres, de la ciencia y de la medicina. La identidad profesional enfermera se constituyó en las primeras décadas del siglo. Siguiendo el prototipo nightingaleano, los médicos elaboraron los planes de estudio, las asignaturas, organizaron cursillos y conferencias de formación complementaria para las enfermeras, pero también se encargaron de definir cuáles tenían que ser las cualidades morales de estas mujeres. En una maniobra para dotar a la enfermería de mayor respetabilidad, la figura de la enfermera fue acompañada de un discurso de género que perpetuaba el ideal de la domesticidad del siglo XIX con leves modificaciones que pasarían por aceptar, por ejemplo, el trabajo remunerado de la mujer fuera de casa. Sin embargo, el trabajo de la enfermera se concebía como una extensión de las funciones maternales fuera del hogar: cuidar a los enfermos igual que se cuidaban a los hijos o al marido. Ahora bien, ¿encarnaron las mujeres enfermeras el ideal de "ángel del hogar" reconfigurado, lo que Nerea Aresti llama "el deber renovado de ser madre" o se convirtieron en "mujeres modernas"? En teoría, y según los discursos recogidos en fuentes hemerográficas, el trabajo de la enfermera era ejecutado por mujeres respetables y profesionales pero dóciles, amables, discretas y obedientes. El ideal de la mujer enfermera era el de una mujer joven y soltera con capacidad de consagrarse a un trabajo que lo que lo definía eran las guardias y las largas jornadas laborales. Está claro que esta reconfiguración del ideal de la mujer enfermera-trabajadora preservó al médico una posición de privilegio. En esta comunicación compararemos los discursos recogidos en prensa barcelonesa (1900-1940) y en la documentación de propaganda de las escuelas, con los perfiles de mujeres trabajadoras que encontramos en los registros laborales para intentar destilar la complejidad de su identidad profesional.

** Por expreso deseo de la autora no se publica el resumen ampliado.*

3.

MÉDICOS Y SANITARIOS VALENCIANOS REPRESALIADOS POR EL FRANQUISMO

COORDINADOR

Josep L Barona
Instituto Interuniversitario López Piñero, Universitat de València
barona@uv.es

PRESENTACIÓN

La dimensión del exilio de médicos y científicos, intelectuales y profesionales durante la Guerra de España y el primer franquismo alcanzó niveles de tragedia y desastre social. La debacle afectó a todos los ámbitos de la cultura, pero lo hizo de manera diferente en los diversos territorios, en función de la respuesta al golpe militar de julio de 1936 y la evolución de la guerra. Al abordar cualquier investigación sobre las consecuencias de la guerra y la represión franquista siempre debe tenerse en cuenta que el alcance de la tragedia va más allá del exilio.(1)

En una primera etapa de la historiografía, la aproximación más global al impacto represivo del franquismo sobre la ciència y la medicina dio origen a los trabajos de Francisco Giral (1994) (2), Francisco Guerra (2003) (3), y al libro colectivo coordinado por Barona (2010)(4). Si nos centramos en el caso valenciano, además de estas obras de contenido prosopográfico general, existen también investigaciones relevantes como la inestimable aportación de Manuel García (1995) (5) y una bibliografia cada vez más abundante sobre figuras relevantes como José Puche (6), Juan Peset Aleixandre (7), Vicente Sos-Baynat, (8) José Royo Gómez, (9) Rafael Villar Fiol, (10) José Chabás Bordehore, (11) Francesc Bosch i Morata, (12) José Estellés Salarich (13), entre otros.

Al hablar de “médicos y científicos” incluimos a los profesionales sanitarios, científicos profesionales de todo tipo, y tecnólogos diversos cuya vida y labor profesional se vio alterada por la guerra y el franquismo. Hablamos de médicos, pero también de otros profesionales del sector sanitario -farmacéutico, odontólogos, veterinarios, psicólogos, practicantes, enfermeras, matronas- y también de químicos, físicos, naturalistas, ingenieros, arquitectos, etc.

Además del numerosísimo grupo de exiliados, hay que tener en cuenta a los que fueron represaliados, los fusilados, los encarcelados, los desterrados, los que fueron depurados y separados del servicio, los llamados insiliados, o exiliados en el interior. Existen diversas aproximaciones biográficas y profesionales sobre

las consecuencias de la guerra y el franquismo sobre la ciencia en España (14) y en diversas zonas del Estado (15). Nuestra investigación pretende aportar una perspectiva general del caso valenciano.

Es fruto del proyecto de investigación "Médicos y científicos valencianos represaliados por el franquismo. Base de datos, prosopografía y diccionario biográfico" financiado por el Ministerio de Política Territorial y Memoria Democràtica (2024-2025). Fue objeto de un primer acercamiento en una ponencia presentada por J.L. Barona y À. Martínez Vidal a las VII Jornades Laberintos "Exiliats republicans valencians de 1939" (València,2023). El proyecto propone una reflexión historiográfica para poner de manifiesto el interés de una perspectiva valenciana, así como la necesidad de profundizar la investigación sobre los cientos de médicos, farmacéuticos, químicos, naturalistas, ingenieros, poco conocidos que vieron truncada su vida y su carrera académica y profesional como consecuencia de la guerra y de la ulterior represión franquista.

Con el fin de articular una base de datos lo más amplia posible que recoja a aquellos valencianos y valencianas que padecieron represión o tuvieron que exiliarse después de la guerra civil, el proyecto contabiliza y estudia una amplia nómina que recoge la información disponible sobre cada uno de los represaliados, en una etapa posterior se desarrollarán estudios prosopográficos y se elaborará un diccionario biográfico.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

La presente mesa temática es resultado del proyecto de investigación "Médicos y científicos valencianos represaliados por el franquismo. Base de datos, prosopografía y diccionario biográfico", financiado por el Ministerio de Política Territorial y Memoria Democràtica (160-MD-2024, 2024-2025).

BIBLIOGRAFÍA

1. Claret Miranda, J. (2005), El atroz desmoche. La destrucción de la Universidad española por el franquismo, 1936-1945, Barcelona, Crítica.

2. Giral, F. (1994), Ciencia Española en el exilio (1939-1989). El exilio de los científicos españoles, Barcelona, Anthropos.

3. Guerra, F. (2003), La medicina en el exilio republicano, Madrid, Universidad de Alcalá.

4. Barona Vilar, Josep L. (ed.) (2010), El exilio científico republicano, València, PUV.

5. García, M. (ed.) (1995), Exiliados. La emigración cultural valenciana (siglos XVI-XX), 3 vols., València, Generalitat Valenciana.

6. Barona, J.L.; Mancebo, M.F. (1989), José Puche Álvarez (1896-1979), Historia de un compromiso. Estudio biográfico y científico de un republicano español, València, Generalitat Valenciana.

7. VV. AA. (2001), Procés a Joan Peset Aleixandre, Valencia, Universitat de València.

8. Sos Paradinas, A. (2013), Biografía del profesor Dr. D. Vicente Sos Baynat, Castelló, Universitat Jaume I, 2013.

9. Martín Frechilla, J.J. (2010), "August Pi i Sunyer y José Royo Gómez. Balance de sus aportes a la investigación científica en Venezuela", en Barona, J.L. (ed.) *El exilio científico republicano,* 111- 136.

10. García Ferrandis, X.; Martínez Vidal, À. (2016) "Rafael Vilar Fiol (1885-1971) y el intento de fundación de una escuela de odontología en Valencia antes de la Guerra Civil." *Dynamis, 36,* 467-489.

11. Barona Vilar, Josep L. (2008) *José Chabás Bordehore (1877-1963): tuberculosis y medicina social en la Valencia del primer tercio del siglo XX*, València, Consell Valencià de Cultura.

12. Barona Vilar, Josep L. (2022), Francesc Bosch i Morata. Medicina, cultura i exili, *Papers de la Costera*, 19, 81-90.

13. Bernabeu-Mestre, J. (2007), La salut pública que no va poder ser. José Estellés Salarich (1896-1990): una aportació valenciana a la salut pública contemporània, València, Consell Valencià de Cultura

14. Otero Carvajal, L.E. (2001), «La destrucción de la ciencia en España. Las consecuencias del triunfo militar de la España franquista», *Historia y Comunicación Social,* 6, 149-186.

15. Zarzoso, A.; Martínez Vidal, À. (eds.), Medicina, guerra i exili. Una generació destruïda per la guerra, Barcelona, Residència d'Investigadors (CSIC - Generalitat de Catalunya).

Médicos, sanitarios y científicos valencianos represaliados por el franquismo. Un proyecto de base de datos

Joan Lloret
Universitat de València, IHMC López Piñero
juan.lloret@uv.es

&

Àngel Beneito
Historiador, CAEHA
beneitolloris@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Presentamos la elaboración de una base de datos con los nombres y la trayectoria científica y profesional de aquellos científicos valencianos (1) que sufrieron represión (2) y exilio durante la guerra civil y los años posteriores. Se hace referencia a médicos/as y otros sanitarios (enfermería, matronas, farmacia, veterinaria) y también profesionales científicos como profesores e investigadores (físicos, químicos, geólogos, biólogos) (3) y tecnológicos (arquitectos, ingenieros) (4) valencianos.

Para la construcción de esta base de datos hemos analizado fuentes de Archivo y diversa documentación bibliográfica que incluye: datos personales (origen y fechas de nacimiento y fallecimiento), académicos (estudios, doctorado, especialidad), actividad durante la república, guerra civil (política, sindical, militar), situación en el exilio (origen, destino, actividad) y si regresaron en algún momento. Hemos añadido los profesionales que padecieron represión y de que tipo. También se incluyen las referencias consultadas, así como datos de imágenes, links de acceso a textos y publicaciones consultadas.

LOS PROFESIONALES: CARACTERÍSTICAS GENERALES

De un primer análisis de los datos obtenidos, que se irán actualizando periódicamente, hemos incluido más de 300 profesionales de las diferentes áreas de actividad: sanitarios, científicos, tecnológicos, etc. De todos ellos, con diferencia, los integrantes del primer grupo son los más representados (mayoritariamente médicos, enfermería y farmacia). La mujer ocupa una mínima parte de todos estos profesionales: hay que tener en cuenta que hacía pocos años —normativa del 8 de marzo de 1910— del acceso universal del sexo femenino a los estudios universitarios (5) y que la regulación y establecimiento de los estudios de enfermería, practicante y matronas en España se consiguió en los primeros años del siglo XX. (6)

El segundo y tercer grupo es de menor cuantía que los sanitarios, aunque hay algunos individuos que tuvieron un papel muy significativo en el exilio. En ambos la totalidad de sus componentes son del sexo masculino.

Con el fin de tener un panorama clarificador de los diferentes profesionales, planteamos diferentes cuestiones:

¿Cuándo nacieron, que edad tenían cuando comenzó la guerra civil, marcharon al exilio, fallecimiento, etc?

Si exceptuamos unos pocos profesionales que tenían más de 55 años, la mayoría, al inicio de la guerra civil, tenía entre 25 y 50 años y por tanto una vida activa que en bastantes casos quedaría truncada por la marcha al exilio o la represión sufrida. Aun siendo difícil la situación que encontraron en otros países (7) y lo que soportaron a lo largo de la dictadura, muchos rehicieron en parte sus trayectorias profesionales y fallecieron con más de 70, 80 e incluso de 90 años.

¿De qué poblaciones valencianas salieron estos profesionales?

Vemos que principalmente son la capitales, València y Alicante, de donde salen la mayoría de ellos. También, además de Castellón capital en menor medida, otras ciudades como Alcoi, (8) La Vila Joiosa, Elx, Villena, Xàtiva, Alzira, Vinaròs o Vila-real tuvieron significación, sin olvidar otras muchas ciudades de nuestro territorio. Decir que hubo profesionales, los menos, que nacieron en otros territorios españoles o en el extranjero y que se implicaron en nuestra sociedad por lo que los hemos incluido en este repertorio.

¿Dónde realizaron los estudios universitarios?, ¿hicieron doctorado, especialidad?

La formación de los sanitarios y científicos valencianos fue mayoritariamente en la Universitat de València, y en algunos casos en la capital madrileña o catalana. Varios estudiantes pasaron por diferentes universidades españolas e incluso algunos terminaron sus estudios en el extranjero. En el caso de ingenieros y arquitectos su formación estuvo ubicada en Madrid y Barcelona, por ser, en las primeras décadas del siglo XX, las únicas existentes en el Estado Español.

El doctorado, como era preceptivo hasta bien entrado el siglo XX, tenía que hacerse en la universidad madrileña, y la casi totalidad de los que hemos averiguado eran licenciados de medicina.

La especialidad, sobre todo en los sanitarios, fue en la línea de formación clínica (pediatría, dermatología, odontología, etc.) y también quirúrgica y salud pública. Conocimientos que les serviría a muchos de ellos para desarrollar labores específicas en los países de exilio.

*¿Qué actividad desarrollaron durante la Segunda República o la Guerra Civil**?***

La gran mayoría militaban en partidos de izquierda o centroizquierda, PC, PSOE, Republicanos (IR, ERC, ERV). También desarrollaron tareas sindicales,

UGT, CNT o en otras organizaciones, como la Masonería o la FUE (Federación Universitaria Escolar).

Todos y todas ellas se implicarán en tareas políticas, culturales, profesionales y militares en los años previos en la guerra y sobre todo en el periodo bélico. Veremos alcaldes, diputados, diplomáticos, cargos ministeriales, personal jurídico y de tribunales médicos, sindicatos médicos, oficiales militares y de sanidad. Los de la rama sanitaria, además de participar en estas actividades, realizaron labor asistencial en Casas de Socorro, hospitales, Cruz Roja.

De los científicos, ingenieros y arquitectos, además de los puntos anteriores, realizaron labores docentes y actuaciones profesionales como construcciones escolares, responsabilidades en industrias o en servicios hidráulicos e incluso dirigieron museos como el de Antropología o el de Ciencias Naturales. Durante la guerra civil, los arquitectos e ingenieros tuvieron su papel en la Batalla del Ebro con la construcción de puentes, telecomunicaciones, etc.

Exilio: ¿cómo y por donde marcharon y qué hicieron en los países de acogida?

Con el resultado de la guerra civil el peregrinaje llevaría a muchos ciudadanos, entre los cuales encontramos médicos, sanitarios, científicos y otros profesionales por diferentes países de varios continentes. Francia y también el norte de África serán los destinos iniciales, qué pasado un tiempo permanecerán en territorio francés o en tierras argelinas o dirigirán sus pasos hacia otros destinos, como la Unión Soviética o a tierras americanas. En algunos casos volverán al Estado Español donde estarán sometidos a la represión de la dictadura.

Toda esta movilización colectiva tuvo la intervención del gobierno de la Segunda República. Desde el norte de África y Francia la inmensa mayoría utilizó barcos fletados por el gobierno republicano y por otros gobiernos: de entre los más de 200 transportes, es necesario citar a alguno de ellos por su significado: Stanbrook, Sinaia, Nyassa, Mexique, La Salle, Flandre, etc. Quienes pudieron subir a estos barcos no fueron todos los que quisieron, dado que hubo un acuerdo por el que se estableció un porcentaje en base a su filiación política o sindical. (9)

El destino mayoritario fue a países de centro américa, especialmente a México o a Venezuela, Chile, Argentina, Colombia, entre otros.

Respecto a la actividad que desarrollaron en el exilio, muchos de los médicos y sanitarios (que recibieron autorización de los respectivos gobiernos) se involucraron en tareas asistenciales, salud pública, docencia en escuelas y facultades, en la industria farmacéutica o en editoriales u organismos internacionales como la OMS.

Los científicos, arquitectos (10) e ingenieros, se implicaron en tareas diversas como docencia, creación de museos, directores de empresas, directores escuelas, colonias agrícolas. Participaron, solos o en asociación con otros arquitectos valencianos, en obras públicas, instalaciones educativas, proyectos de hoteles y casas urbanas. E incluso, en algunos casos, colaboraron con los ministerios de algunos gobiernos, como el de Minas o Salud pública.

¿Volvieron a España?

Una gran parte de los analizados se quedaron en los países de acogida y murieron allí; si bien, pasados los años, fueron llevados a tierras valencianas. De los que volvieron, unos vinieron en posguerra, en los primeros años cuarenta, siendo sancionados en algún caso; otros volvieron durante los años sesenta; y unos pocos lo harían posteriormente, en los años setenta, cuando la dictadura estaba finalizando.

¿Qué medidas represivas sufrieron?

Fue diversa y en algunos casos dolorosa. Se les aplicó sanciones administrativas, disponibles forzosos, inhabilitación, separación, multas o destierro. En otros casos pasaron en prisión más o menos tiempo. En otras ocasiones, además de pasar un tiempo en cárceles, acabaron delante de pelotones de fusilamiento. (11)

CONCLUSIÓN

En España, esta fuga de profesionales bien preparados (recordar que muchos de ellos eran responsables de organismos, instituciones, centros de investigación o departamentos docentes) llevó a un empobrecimiento general en todos los saberes durante gran parte de la Dictadura franquista. Ello originó una ruptura personal, generacional y colectiva que dificultó enormemente la recuperación de todo lo conseguido a partir de los años previos a la Segunda República y durante esta. Pero, siendo importantes estas cuestiones, no hay que olvidar la pérdida irreparable en vidas y el sufrimiento que generó en ellos y sus familias.

FUENTES DE ARCHIVO

Arxiu de la Democràcia. Universitat d'Alacant.

CIDA Centro de Información Documental de Archivos. Barcos de exiliados.

Fundación Pablo Iglesias

Pares. Portal de Archivos Españoles. Ministerio de Cultura. Gobierno de España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barona, J.Ll.; Martínez-Vidal, A. (2024). Metges i científics valencians exiliats, En: *La pàtria llunyana. Escriptors valencians de l'exili,* València, Col. Recerca, Acadèmia Valenciana de la Llengua, pág. 287-306.

2. Lloret, J. (2003). La depuración de científicos tras la guerra civil, En: *Ciencia, salud pública y exilio.* Seminari d'Estudis sobre la Ciència. València. Pág. 131-167.

3. Lloret, J., (2009). Depuración y exilio. Catedráticos de Ciencias, Medicina y Farmacia, En: *Laberintos* 8-9, Biblioteca Valenciana. València. Pág. 11-37

4. Martín Frechilla, J.J.; Sambricio, C. (eds.) (2014). *Arquitectura española del exilio*. Madrid, www.lampreave.es

5. Sánchez Durá, D.; Verdugo Martí, V. (2011) *Memoria. El acceso de las mujeres a la Universitat de València (1910-1960).* Unitat Igualtat UV.

6. Garcia Ferrandis, X.; Martínez Vidal, A. (2021). Otras profesiones sanitarias: enfermeras, practicantes, matronas y odontólogos, En: J. L. Barona Vilar (dir.): *La Facultad de Medicina de Valencia, Cinco siglos de historia*, València, PUV, pàg. 233-240.

7. Lloret, J. (2009). (coordinador). Ciència i exili. La diàspora dels científics republicans. *Mètode, nº 61*. Pág. 55-109. Universitat de València.

8. Beneito, À.; Lloret, J. (2023). *Alcoi i la medicina: Ressenyes biogràfiques*, Alcoi, Ajuntament d'Alcoi.

9. Simón, A. i Calle, E. (2005). *Los barcos del exilio*. Madrid, Ed. Oberon.

10. Cueto Ruiz-Funes, J.I. del (2014). *Arquitectos españoles en México*. México, Ateneo Español de México Obra en coedición con el Ministerio de Justicia de España. www.ateneoesmex.com

11. Beneito, À.; Lloret, J. (2002). Metges comdemnats per "Ayuda a la rebelión" durant el primer franquisme, En: *L'Alcoi del segle XX*, Alcoi, AMA-CAEHA, pág. 197-218.

La destrucción de una élite médica, cultural y académica

Josep L. Barona Vilar
IHMC López Piñero, Universitat de València
barona@uv.es

&

Àlvar Martínez Vidal
IHMC López Piñero, Universitat de València
alanadamar@gmail.com

La comunidad científica española configurada durante las dècades precedentes se vio sacudida por el golpe militar de 1936. El país quedó dividido. En el sector controlado por los insurrectos, la violenta represión afectó a un número importante de médicos y científicos, dando origen a la represión que tuvo continuidad durante los años del franquismo. Según datos de Santos Julià (1999) (1), al término de la guerra había unos 700.000 republicanos en cárceles franquistas, y según datos del Ministerio de Justicia, dos años después, en 1941, todavía había 280.000 presos políticos republicanos. Francisco Guerra (2003) aporta un inventario de víctimas del golpe militar, que incluye los nombres de más de sesenta médicos asesinados en Andalucía, entre otros Sadí de Buen, responsable de las campañas de lucha contra el paludismo y pensionado de la Fundación Rockefeller, y Carlos Urtubey, profesor de la facultad de medicina de Cádiz. Guerra cita a cuarenta médicos asesinados en Aragón, una treintena en Galicia y otros tantos en Castilla, más de una veintena en León, y una cifra similar en Navarra; cinco en Extremadura y otros casos como Miguel Aldecoa en Asturias, o Isaac Puente, médico libertario, en el País Vasco.(2) La insurrección alteró el funcionamiento de hospitales, universidades y laboratorios.

Los intentos de mantener la cohesión por parte de los científicos y médicos republicanos en el exilio, les llevó a fundar en París en 1939 la Unión de Profesoras Universitarios Españolas en el Extranjero (UPUEE), una claustro universitario republicano en el exilio. Fue elegido presidente Gustavo Pittaluga, catedrático de Parasitología de la Universidad Central y jefe de parasitología en el Instituto Nacional de Higiene, director de la Escuela Nacional de Sanidad y principal representante español en las comisiones sanitarias de la Sociedad de Naciones. La UPUEE contaba con 73 catedráticos y 142 profesores de universidad, y publicaba un *Boletín Informativo*.

En este contexto de dispersión y resistencia a la derrota, ¿podemos hablar de una comunidad médica valenciana en el exilio? La respuesta es no. A mediados

del siglo XIX había surgido cierto valencianismo médico sin articulación social ni institucional. En 1841 se había creado el Instituto Médico Valenciano, institución inédita en España, que gozó de un prestigio, agrupando al sector más influyente de los profesionales de la medicina, con incidencia sobre los problemas sanitarios de la población. A él pertenecían Luis Bertrán, promotor, y Faustí Barberà, figura del valencianismo médico.(3) También durante los años de la Renaixença hubo una serie de profesionales de la medicina intensamente implicados en una orientación valencianista.

Uno de los obstáculos para la creación de un colectivo médico valenciano en el exilio fue la dispersión. La bibliografía sobre el exilio republicano iniciada en los años 1980 procedía de México. Pero conviene recordar que muchos exiliados fueron a Francia y al Magreb. Posteriormente muchos se refugiaron en México, Venezuela, Colombia o Argentina. Con motivo de la exposición "Escritores Valencianos del Exilio" organitzada por la Academia Valenciana de la Lengua, preparamos una primera aproximación a algunas figuras del exilio médico y científico valenciano. (4) Pero el exilio no debe hacernos olvidar formas de represión del régimen franquista, desde la prisión y pena de muerte, el destierro o la inhabilitación profesional de miles de depurados.

En el caso valenciano, la figura más conocida y controvertida por la crueldad de su destino es la de Juan Bautista Peset Aleixandre (1886-1941), catedrático de medicina legal y forense, decano (1931-32), vicerrector (1931-1932) y rector de la Universidad de València (1932-1934). Detenido en el puerto de Alicante cuando iba a exiliarse en 1939 fue recluido en el campo de Albatera, juzgado, dos veces condenado a muerte y finalmente fusilado en mayo de 1941.(5)

Otro represaliado fue Luis Urtubey Rebollo **(**1892 – 1962), catedrático de histología (1933-1939) y decano de la Facultad de Medicina de Valencia (1938- 1939) a quien se dictó separación definitiva del servicio y baja en el escalafón. José Chabás Bordehore (1877-1963) fundador de la *Revista de Higiene y Tuberculosis* (1905-1937), líder del sindicato médico de UGT fue encarcelado durante cuatro años, y desterrado, aunque pudo restablecer el ejercicio médico en Barcelona.(6)

El personaje más importante del valencianismo médico fue Francesc Bosch i Morata (1901-1950).(6) Miembro del Partido Valencianista de Izquierda y de Izquierda Valenciana, fue actor fundamental de la política valencianista durante la guerra. Ocupaba la Conselleria de Cultura, desde donde impulsó la creación del Institut d'Estudis Valencians inspirado en el Institut d'Estudis Catalans. Impulsó la Biblioteca del País Valencià, en torno a la cual proyectó un ambicioso plan de recuperación patrimonial, un Centro de Estudios Históricos del País Valenciano, una Junta de Monumentos Nacionales y un Museo de Ciencias Naturales. En 1938 pasó la frontera francesa antes de huir hacia México. A diferencia de la mayoría de los refugiados no se instaló en Ciudad de México, sino en Mexicali, donde ejerció de médico en el hospital local.

Otra figura relevante fue José Puche Álvarez (1895-1979), rector de la Universidad de Valencia durante la guerra, catedrático de fisiología en la Facultad de Medicina,

había estudiado en Barcelona, donde fue interno del Hospital de Santa Cruz y San Pablo y del Departamento de Fisiología de August Pi i Sunyer. Doctorado en Madrid en el Laboratorio de Fisiología General de Juan Negrín. Con Pi i Sunyer y Negrín mantuvo una estrecha relación científica y personal durante toda su vida. Se doctoró con una tesis sobre *Influencia del sistema nervioso autónomo sobre la regulación de la glucemia* (1927) (7) y entre 1928 y 1929 realizó estancias en la Universidad Libre de Bruselas, y las universidades de Lund, Gante, y Utrecht. Fue miembro del Instituto Médico Valenciano, presidente del IEV y de su sección de ciencias. Comprometido políticamente y siempre cercano a Manuel Azaña, militante de Izquierda Republicana, en 1936 fue nombrado rector de la Universidad de Valencia, asumiendo también la Dirección General de Sanidad y la presidencia del Instituto de Higiene de la Alimentación, encargado de planificar y coordinar las políticas de alimentación y racionamiento en la zona republicana.

Al término de la guerra se exilió a México, y asumió la dirección del Comité Técnico de Ayuda a los Refugiados Españoles (CTARE) como delegado del Gobierno Republicano en el exilio y hombre de confianza de Negrín. En México fue catedrático del Instituto Politécnico Nacional (1939-1946) y profesor de la Universidad Nacional Autónoma de México (1945-1965), fundador de la revista Ciencia (1945) y del Ateneo Español de México (1947).

Otra figura destacada fue Mercedes Maestre (1904-1989), médica socialista y pediatra, activista por la reforma social y el derecho a la salud. Militó en la FUE y fue presidenta del sindicato médico de UGT en Valencia, al que también pertenecían José Chabás Bordehore y José Estellés Salarich. Fue subsecretària del Ministerio de Sanidad de Federica Monseny, impulsando políticas de ayuda a refugiados y asistencia social y sanitaria a niños refugiados. Elaboró un proyecto de decreto sobre interrupción voluntaria del embarazo, que no llegó a aprobarse. Fue militarizada en el Servicio de Transfusión de Sangre del Ejército y tuvo una actuación destacada en el transporte de sangre en el hospital de Garaballa (Cuenca), en el frente de Teruel. Tras pasar por Orán y por un campo de refugiados en Saint-Étienne, en 1942 se embarcó con destino a Veracruz (México). Allí permaneció dos dècades como pediatra de los exiliados en la Casa Regional Valenciana, el Centro Asturiano y el Club Mundet. Maestre regresó a Valencia a comienzos de los 1960 y murió en el anonimato en 1989.

Otro exiliado poco conocido fue Manuel Usano Martín licenciado en Medicina por la Universidad de Valencia y profesor de Educación Física por la Universidad Central de Madrid. Apasionado del deporte, cercano a la Institución Libre de Enseñanza y miembro de la FUE, fue uno de los fundadores del Instituto-Escuela en Valencia. La JAE le concedió una beca para estudiar en la Escuela Superior de Educación Física de Berlín. Al regresar recibió del rector Peset el encargo de diseñar las instalaciones deportivas para la universidad y su proyecto fue ejecutado por el arquitecto Javier Goerlich (1933). Tras el golpe del 1936 luchó con las fuerzas de la República y al terminar la guerra, pasó a Francia, trabajó en la Universidad de Toulouse y al empezar la Segunda Guerra Mundial emigró a Colombia, donde orientó su trayectoria a la Educación Física y el Deporte siendo profesor del Instituto Nacional de Educación Física de Bogotá (1942). Cuando

Colombia organizó los V Juegos Centroamericanos y del Caribe (Barranquilla, 1946), el presidente de la República le nombró Director Técnico. Se trasladó a Nueva York en 1952 como Director Médico y Jefe de Propaganda Científica de los laboratorios Pfizer. Eso le permitió regresar a España en 1962 con pasaporte estadounidense e inmunidad.

Los nombres mencionados y las breves biografías aportadas dan testimonio del efecto pernicioso de la Guerra de España y del régimen franquista sobre un amplio colectivo de médicos, que tuvieron que exiliarse o sufrieron directamente la represión de la dictadura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Julià, S. (ed.) (1999), *Víctimas de la guerra civil.* Madrid: Temas de Hoy.

2. Guerra, F. (2003), *La medicina en el exilio republicano*. Madrid: Universidad de Alcalá.

3. Ferrandis Valero, S. (2021), *Faustí Barberà. Els orígens del valencianisme polític*. Catarroja: Perifèric Edicions.

4. Barona, J.L.; Martínez Vidal, A. (2024) Metges i científics valencians exiliats. En: Palomero, J. (ed.) La patria llunyana. EEscriptors valencina de l'exili. València, Academia Valenciana de la lengua, 287-313.

5. VV. AA. (2001), Procés a Joan Peset Aleixandre, Valencia, Universitat de València.

6. Barona, J. L. (2008) José Chabás Bordehore (1877-1963). Tuberculosis y medicina social en la Valencia del primer tercio del siglo XX. València, Consell Valencià de Cultura.

7. Barona Vilar, J.L. (2022), «Francesc Bosch i Morata. Medicina, cultura i exili», *Papers de la Costera*, 19, 81-90.

8. Barona Vilar, J.L.; Mancebo Alonso, M. F. (1989), *José Puche Álvarez (1896-1979), Historia de un compromiso. Estudio biográfico y científico de un republicano español*. València: Generalitat Valenciana.

Trayectorias científicas trucadas por la represión franquista: el caso del salubrista valenciano José Estellés Salarich (1896-1990)

Josep Bernabeu-Mestre
Universitat d'Alacant
josep.bernabeu@ua.es

INTRODUCCIÓN

La comunicación analiza, a través del ejemplo del médico valenciano José Estellés Salarich (1896-1990), el impacto de los procesos (expedientes) de depuración en la trayectoria profesional y científica de los sanitarios que formaron parte del Cuerpo Nacional de Sanidad.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Cuando el 29 de marzo de 1939 las tropas franquistas entraron en Madrid, José Estellés Salarich, que ostentaba la comandancia de sanidad del Ejército Republicano del Centro, fue detenido en la sede del ministerio de Hacienda, donde se encontraba en compañía de Julián Besteiro y otras autoridades republicanas. Tenía 43 años de edad y pasaba por un momento vital de gran madurez intelectual y profesional. En el tiempo que transcurrió entre julio de 1936 y aquel marzo de 1939, Estellés pasó de ser uno de los máximos responsables de la sanidad española y posible ministro de Sanidad, a sufrir un expediente de depuración, ser apartado del Cuerpo Nacional de Sanidad y ser condenado a treinta años de prisión por su ideología política.

Nacido en València el 8 de enero de 1896, la infancia y la adolescencia de Estellés transcurrieron en un ambiente familiar y social de tradición republicana y anticlerical. Entre 1913 y 1919 cursó en la Universidad de València la licenciatura de medicina. Al mismo tiempo que completaba la formación universitaria, se producía la formación del Estellés político a través de su relación con el Partido Unión Republicana Autónoma, relacionado con el blasquismo, al igual que el periódico "El Pueblo" con el que colaboró abordando, entre otras cuestiones, cuando todavía era estudiante de medicina, temáticas relacionadas con la medicina social y la salud pública. En un artículo de 1916 titulado "Las trabajadoras", además de describir las malas condiciones de vida que explicaban la incidencia que mostraba la tuberculosis entre el colectivo de las obreras, denunciaba la sobreexplotación y el estigma a que estaban sometidas.

Estellés formó parte de aquella generación de jóvenes republicanos nacidos en la década de 1890, que vivieron la llegada de la Segunda República como la culminación de un proyecto en el que habían depositado sus esperanzas e ilusiones. Herederos del regeneracionismo, consideraban que había que superar el derrotismo de la generación del 98 y que había que pasar a la acción organizando a la sociedad española de una forma racional y moderna.

E 1919, al acabar el estudios de medicina, se trasladó a Cortes de Pallás para ocupar la plaza de inspector municipal interino de Sanidad y director del hospital de urgencia que tenía instalado la Sociedad Hidroeléctrica Española en aquella localidad.

La sanidad con la que se encontró el Estellés reciente licenciado, mostraba carencias importantes, como él mismo se encargaría de recordar años más tarde en un artículo donde se ocupaba de analizar la situación sanitaria en la España de la década de 1920. Entre las principales carencias denunciaba la discontinuidad y la ausencia de directrices y programas que había presidido la actuación de los directores generales de sanidad, así como la influencia negativa de un ambiente político que calificaba de neurótico. Afirmaba que la sanidad rural no servía más que para tapar las “trapacerías” de los caciques. La sanidad urbana se encontraba en manos de municipios poco preparados y poco dispuestos a conceder importancia a los problemas sanitarios. Las clases sanitarias estaban desilusionadas y entregadas a la desesperanza y el escepticismo. Estos eran, en su opinión, los principales problemas sanitarios que golpeaban a la sociedad española de las primeras décadas del siglo XX.

El año 1921, Estellés se trasladó de Cortes de Pallás a Picanya, localidad donde ocupó el cargo de inspector municipal de Sanidad. Aquella circunstancia supuso, a todos los efectos, su retorno activo al círculo del republicanismo y del blasquismo.

Durante el curso académico 1923-1924 pudo realizar una estancia en Madrid, gracias a una beca del Ayuntamiento de València. Además de mejorar su formación en bacteriología y epidemiología en el Instituto Nacional de Higiene, pudo cursar los estudios de doctorado en la Universidad Central de Madrid, asistir a un curso de hematología del profesor Marañón impartido en el Hospital General y participar en un curso de ampliación de estudios sanitarios organizado por la Dirección General de Sanidad.

Tras el paréntesis madrileño de 1923-1924, volvió a Picanya donde permaneció como inspector municipal de sanidad hasta mayo de 1925, cuando ingresó por oposición en el Cuerpo de Sanidad Exterior y se trasladó al nuevo destino en la localidad murciana de Águilas, al que siguieron Cartagena y Burriana.

Jugó un papel muy activo en la convocatoria y organización de la Primera Asamblea Nacional de Sanidad y publicó varios trabajos relacionados con los problemas que preocupaban a la sanidad exterior.

Durante su destino en Cartagena, Estellés mantuvo contactos con los republicanos del Partido Radical Socialista, incoporandose en 1932 a una las escisiones del mismo, la Izquierda Republicana Socialista que lideraba el político alcoyano Juan Botella Asensi (1884-1942).

En 1930 se trasladaba a Madrid, al ser comisionado para ampliar estudios de terapia con sueros y con vacunas en el Instituto Nacional de Higiene. Aquel retorno a Madrid significó un antes y un después en su carrera profesional. Coincidió con la llegada de Gustavo Pittaluga Fattorini (1876-1956) a la dirección de la Escuela Nacional de Sanidad, siendo nombrado Estellés profesor agregado de cinematografía e iconografía.

De acuerdo con los parámetros que guiaban la educación sanitaria en las décadas centrales del siglo XX, se trataba de crear en las masas un movimiento para la salud que fuera capaz de motivarlas, tal como estaban haciendo el fútbol y otros acontecimientos sociales. A partir del análisis de los tres elementos básicos que conformaban el desarrollo de cualquier programa de educación: el medio donde debía de aplicarse, los medios disponibles y los agentes; Estellés defendía la necesidad de adaptar cualquier iniciativa a la realidad demográfica y geográfica de España, como también a las características de la población y a la evolución de la realidad sanitaria del país.

La llegada de la Segunda República supuso en el ámbito de la sanidad, el inicio de una etapa de cambios y reformas que adquirieron una relevancia particular durante la etapa del gobierno provisional y el bienio transformador (1931-1933).

El 15 de abril de 1931, Marcelino Pascua Martínez era nombrado director general de Sanidad, en sustitución de José Alberto Palanca. Socialista y partidario decidido de la colectivización de la asistencia médica, el nombramiento de Pascua fue sugerido al ministro de la gobernación, Miguel Maura, por Juan Negrín y Indalecio Prieto. Pascua consideraba que la voluntad preventiva debía de orientar toda la acción sanitaria, al mismo tiempo que reclamaba la necesaria coordinación entre sanidad (salud pública), prevención social y asistencia sanitaria pública.

Desde un primer momento, el nuevo director general de Sanidad, intentó modernizar la estructura administrativa de la Dirección General, al dotar de mayor autonomía a las inspecciones generales de Sanidad Interior, de Exterior, de Instituciones Sanitarias y de Sanidad Veterinaria, y al contemplar la creación de una secretaría general técnica. Para hacerse cargo de las tareas y funciones que estaba previsto asignar a la nueva unidad administrativa, Pascua, a sugerencia de Gustavo Pittaluga, eligió a Estellés.

Desde aquel lugar de responsabilidad y confianza, el papel de Estellés resultó fundamental para entender el conjunto de iniciativas que se pusieron en marcha durante el tiempo que Pascua permaneció al frente de la Dirección General de Sanidad. Se intentaba establecer las bases para una reforma de la sanidad nacional. La transformación del *Boletín* que venía publicando la Dirección General, en *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, fue una de las primeras iniciativas.

Estellés fue, junto con Pascua, Sadi de Buen y Julio Bejarano, uno de los promotores de la creación de una Federación de Sindicatos Médicos en UGT. El sindicato médico nació, muy probablemente, como un intento de apoyar la política sanitaria del gobierno republicano-socialista del bienio reformador (1931-1933).

La posición de Estellés, como secretario general técnico de la Dirección General de Sanidad, no resultó cómoda con los responsables sanitarios de los Gobiernos conservadores que dirigieron el destino de España entre 1934 y febrero de 1936. Como otros colaboradores de Pascua que permanecieron en su puesto de trabajo, por haber consolidado la plaza, mantuvo una actitud crítica con las políticas sanitarias gubernamentales y reivindicó los éxitos conseguidos en el bienio transformador y los presupuestos ideológicos que guiaron aquellas actuaciones.

Durante la guerra civil se incorporó a la sanidad militar, por unas desavenencias con la ministra Federica Montseny. Finalizada la guerra, tras un período de cárcel, se exilió a Barcelona y se vio obligado a sobrevivir trabajando como técnico de empresas de desinfección y traductor.

El 5 de diciembre de 1955 se iniciaron los trámites para solicitar por primera vez la revisión del expediente de depuración política y social que lo había apartado del Cuerpo Nacional de Sanidad en octubre de 1939, pero finalmente fue desestimado. Diez años después se inició un segundo expediente, que sí consideró la rehabilitación, pero con limitaciones: aunque podía optar a plazas de su categoría y méritos, estaba incapacitado para desarrollar cargos de mando o de confianza, tampoco podía reclamar todo aquello que dejó de percibir durante el tiempo que estuvo apartado del Cuerpo. Se jubiló, unos meses después, el 18 de noviembre de 1965.

A MODO DE CONCLUSIÓN

El 6 de abril de 1983 le era notificada, por parte del profesor Enrique Nájera, director general de Salud Pública, la concesión de la Orden Civil de Sanidad con la categoría de Gran Cruz. Aunque estaba previsto recibir la condecoración en un acto oficial de manos del ministro de Sanidad Ernest Lluch, nunca se llegó a materializar. Estellés manifestó la intención de aprovechar el acontecimiento para reivindicar la memoria de todos aquellos sanitarios que habían sufrido el exilio o habían estado víctimas de la violencia franquista. La respuesta de los responsables ministeriales fue que todavía no era el momento. Murió en Madrid, un 9 de mayo de 1990, a la edad de 95 años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bernabeu-Mestre, Josep (2007), La salut pública que no va poder ser. José Estellés Salarich (1896-1990): una aportació valenciana a la sanitat espanyola contemporània. València, Consell Valencià de Cultura (Sèrie Minor).

El coste del compromiso social y político: el exilio interior del médico alicantino Ángel Pascual Devesa (1888-1950)

Mercedes Pascual Artiaga
Grup Balmis, Universitat d'Alacant
mpa@arquimelsa.es

A través del ejemplo del médico alicantino Ángel Pascual Devesa, se analiza el coste personal y profesional que supuso para muchos profesionales de la medicina el compromiso adquirido con el proyecto modernizador de la Segunda República y su militancia en partidos políticos, como Izquierda Republicana.

Se han utilizado como fuentes, sobre todo, el archivo documental de Ángel PD y la correspondencia que la familia conserva. También ha resultado de mucha utilidad la prensa histórica. En la monografía: Pascual, Mercedes; Moreno, Francisco; Bernabeu, Josep (eds.) (2019), Ángel Pascual Devesa. Reflexiones y recuerdos, Sant Vicent del Raspeig, Publicaciones de la Universidad de Alicante, se pueden consultar pormenorizadamente todas las fuentes y bibliografía utilizadas.

Ángel Pascual Devesa (Finestrat, 1888 – Alicante, 1950) era parte de una pequeña burguesía progresista que predominaba en la política local de la ciudad de Alicante. Estudió Medicina en la Universidad de Valencia (1903-1911) y se decantó por la pediatría. Obtuvo por oposición una plaza de médico de la Beneficencia Municipal.

Entre sus pacientes predominaban "las gentes de modestísima condición (…) que apenas podían atender a las más perentorias exigencias de la vida" (1). Como señalaba en una conferencia que impartió: *"El médico ha de ser forzosamente un rebelde, cuando contempla la desigualdad del vigente régimen social, que hace imposible que todos seamos iguales no ante la ley, sino ante la enfermedad […] Las enfermedades y la mortalidad están en relación inversa con la democracia […] a mayor democracia, mayor cultura y a mayor cultura menos enfermedades".* (2)

A su trabajo en la Casa de Socorro se sumaría su actividad en el Instituto Municipal de Puericultura.

Siempre se esforzó en mejorar la cultura sanitaria de las madres, por ello desarrolló su faceta de divulgador sanitario, tanto a través de colaboraciones periodísticas, como en su condición de conferenciante y su colaboración con Radio Alicante.

Además de su faceta médica, cultivó otras actividades sociales y culturales. Colaboró a menudo en actos del Ateneo de Alicante, donde dio varias conferencias sobre la puericultura y la defensa social de la infancia. Fue asiduo colaborador de varios periódicos alicantinos.

Fue fundador de Acción Republicana y presidente de Alianza Republicana en Alicante. Se incorporó después (1934) a Izquierda Republicana, como presidente de la Junta municipal. Participó activamente en actos de propaganda y en numerosos mítines, con frecuencia en valenciano. Como otros muchos republicanos, perteneció a la masonería.

La Guerra Civil fue un punto de inflexión en su vida. Al estallar el golpe de estado, continuó al frente de la Agrupación local de IR y fue presidente del Sindicato de Médicos. En estos años favoreció a personas de derechas perseguidas prevaliéndose de su cargo en IR y de su profesión: facilitaba pasaportes, carnets de IR a personas de derechas, escondió en su domicilio a personas perseguidas, procuró gran número de inutilidades de individuos movilizados, falsificó documentaciones de indulto a condenados a muerte y de libertad a detenidos a los cuales facilitaba noticias, medicinas, incluso ayuda económica.

Al quinto día de ser ocupada la ciudad fue detenido. Acabó en una comisaría y finalmente conducido al Reformatorio de Adultos. Desde allí con motivo del santo de uno de sus hijos escribía: "*Te la envío desde donde nunca pensé yo que salieran estas cosas para mis hijos, y desde donde no me duele que salgan, porque para que me doliera sería necesario que yo estuviera aquí por algo que deshonrase o avergonzase; ni lo uno ni lo otro. Estoy aquí por lealtad a mí mismo, por bondad de creer en la bondad de los demás (…) por todo lo que enaltece y dignifica (…)"*. (3)

Mientras tanto, fue destituido de su cargo como médico del Cuerpo de Beneficencia y Sanidad Municipal "por abandono de servicio".

El expediente de depuración por motivos políticos que tramitó el Colegio de Médicos de Alicante, le impidió el ejercicio de la medicina hasta enero de 1947 y fue una de las adversidades que más le dolió. Como explicaba en una carta remitida en 1943 a un compañero suyo:

"*He comparecido ante dos Consejos de Guerra, amén de otros tribunales y expedientes sin cuento; de todo este cribado, independientemente de las exacciones económicas que han sido cuantiosas, la condena aflictiva, en fin de cuentas, se ha reducido a tres años, y por eso estoy en la calle […] ¡Y el Colegio Médico, del que yo solicité y esperé inútilmente que me acreditase cuando me iba la cabeza, el Colegio para mí tan entrañable, me condenaría a cinco años, es decir, a más tiempo que al que me condenaron en los Consejos de Guerra Sumarísimos de Urgencia¡ […]¡Y aún hay quien se queja de la jurisdicción militar¡".* (4)

Recordaba cómo había procurado, cuando fue presidente del mismo, mantenerlo al margen de la coyuntura y las contiendas políticas:

"otrora, cuando las circunstancias y mi notoria posición política pudieron tentarme para hacer del Colegio instrumento contra los disidentes y adversarios de mi crédito político, no sólo no lo hice, sino que convertí la ocasión en pro y en beneficio de mis colegas, sin distingos ni colores: que para tal solidaridad ha de servir esta entidad gremial en primer lugar, ya que para tan pocas cosas útiles ha solido servir […] al menos que no se empleara en nada perjudicial o inconveniente". (5)

Se le sometió a un Consejo de Guerra por auxilio a la rebelión y aunque en un principio el fiscal solicitó 30 años de reclusión mayor, después de diferentes apelaciones fue liberado el 7 de noviembre de 1940.

Se le aplicó también la Ley de Responsabilidades Políticas. En 1940 le fueron embargados todos sus bienes y se le impuso una multa de 20.000 pesetas. Esta sanción permaneció vigente hasta 1960.

También en 1940, le abrió un sumario el Tribunal de Represión de la Masonería y el Comunismo por pertenencia a la masonería, que se fue dilatando en el tiempo y finalmente en noviembre de 1946, se suprimió la orden de busca y captura emitida.

En noviembre de 1940, salió en "*prisión atenuada*" y apenas en el umbral de su casa, un amigo le previno de que iban a volver a detenerle por lo que se marchó a Valencia. Algunas temporadas estaba acompañado por Vicenta, su mujer y por su hija. Los problemas económicos eran constantes.

Hasta noviembre de 1946, en que regresó a Alicante, siempre dudó sobre la conveniencia de hacerlo, según decía porque:

"Hace tiempo que se me trata como a un contaminado, y se me rehúye; lo comprobé repetidamente; y por este motivo me aguanté muchas veces las ganas de acercarme a mis paisanos, por temor a perjudicarles o a que ellos padecieran figurándoselo y me volviesen la espalda. Y también un poco por mi propia conservación, porque ocultarme es hoy mi única defensa. Somos centenares de miles los españoles que ahora reptamos así.... Se me ha afligido en todos mis cuadrantes, como hombre, como padre, como médico, como alicantino. El acoso es incesante (…)". (6)

Su estado de ánimo lo reflejaba en estas frases que escribió:

"*El extrañamiento de la patria es dolorosísimo; pero el destierro dentro de ella es amargo. Nos causa menos daño la patria cuando se nos aleja que cuando se nos embiste. Pienso en los expatriados y les acompaño en sus melancolías; también ellos nos recordarán a los de acá con tristeza. Unos y otros deseamos que se acabe este suplicio para volver a vivir… Pero ellos están en la barrera, y los de aquí estamos encunados".* (7)

Cuando terminó la 2ª Guerra Mundial esperaba que Europa centrara la atención en la situación de España. Pero en 1947, una carta suya de contenido político fue interceptada por la policía y de nuevo fue recluido en la Cárcel de Alicante y su expediente remitido al Juzgado Especial de Espionaje y Comunismo.

La incomunicación se le hacía muy dura y escribía: "*Y necesito conversar, porque soy hombre de comunicatividad irrefrenable, gracias a Dios. Me es imprescindible tener con quien dialogar gratamente".* (8)

Poco después fue trasladado a Alcalá de Henares y desde allí al penal de Ocaña desde donde escribía: "*Tener un preso es muy trabajoso para los suyos, y muy caro para la administración doméstica. Si el preso está lejos el problema se agranda desmesuradamente en todas las dimensiones (…) Proveernos y asistirnos agota las casas y el ánimo familiar"*. (9)

Un nuevo traslado le llevó a la Prisión de Yeserías y por fin le liberaron el 26 de junio de 1948 y regresó a su huerto de Villa Vicenta.

Enfermo y cansado volvió a trabajar, pero como decía su hija Pepita: "*El papá trabaja mucho, pero sigue la táctica de siempre no cobrar o esperar a que buenamente le paguen y los tiempos han cambiado* (…)*"* (10)

En los primeros meses de 1949 se resintió de sus dolencias y empeoró. El 20 de junio de 1950, moría en Alicante a los sesenta y dos años. Dicen que el día de su muerte una multitud acompañó su ataúd. Prueba de ello son las numerosas tarjetas de condolencia que conserva la familia.

Villa Vicenta, continuó siendo el punto de reunión de todos los amigos y miembros de la familia.

BILBIOGRAFÍA

1. Cuadernillo de APD, *Tablas votivas*. Valencia 1941.

2. La conferencia era reseñada por el *Diario de Alicante* en su edición de 29 de noviembre de 1930.

3. Carta de APD a su hijo Vicente fechada el 21 de enero de 1940.

4. Carta fechada en noviembre de 1943 a quien fuera compañero suyo en el Cuerpo Municipal de Beneficencia y presidente del Colegio de Médicos de Alicante en 1945, el doctor Fernando Claramunt López (1895-1972).

5. Carta de APD fechada el 5 de septiembre de 1946 a Gonzalo Mengual Segura (Alicante, 1878-1953). Fue médico oculista y director del Hospital Provincial.

6. Cuadernillo de APD, *Aquella ciudad*, 1943.

7. Cuadernillo que ÁPD tituló *Segundas nupcias* (1947-1948).

8. Cuadernillo que ÁPD tituló *Segundas nupcias*, (1947-1948).

10. Correspondencia privada. Carta Fechada el 29 octubre 1948, de Pepita, hija de APD, a su hermano Vicente.

4.

MEDICINA Y LITERATURA

COORDINADOR

Juan V. Fernández de la Gala
Unidad de Historia de la Medicina y de la Ciencia. Facultad de Medicina.
Universidad de Cádiz
delagala@telefonica.net

PRESENTACIÓN

Esta mesa pretende explorar a cuatro voces las posibilidades del texto literario como recurso para el análisis historiográfico de las ideas sobre salud y enfermedad en diferentes contextos culturales. Pero quiere también normalizar las referencias literarias como herramienta didáctica eficaz en la formación médica.

Nos parece sano invitar al alumno a salirse de la estrechez de los programas académicos con una buena dieta de lecturas balsámicas. Desde luego, no como simple actividad de ocio y menos aún como el ejercicio obligado de quien pretende pasar por “persona de cultura”. Para un estudiante de medicina, leer debería ser siempre un ejercicio de observación atenta, como el que se exige en su formación propedéutica. Después del contacto estrecho con el paciente, pocas actividades pueden entrenar mejor a un clínico que la lectura.

Casi sin advertirlo, la lectura nos entrena en la ponderación de cada dato de la narración: nos enseña cuáles son relevantes para la trama y cuáles no, y esto resulta crucial cuando se redacta una historia clínica, en la que no se puede escribir todo lo que el paciente refiere. Pero la lectura es, también y sobre todo, un sano ejercicio de empatía: nos acostumbra a ponernos en la piel del otro, en los zapatos del otro y en el contexto sociocultural del otro, a entender mejor cómo piensa, qué siente y cómo funciona la maquinaria íntima de sus motivaciones.

Entre literatura y medicina quedan muchas afinidades por explorar; a fin de cuentas, las profesiones del médico y del escritor no están tan alejadas. Ambos oficios miran al ser humano con la misma curiosidad analítica y ambos se basan en la comunicación que brinda el lenguaje. Nuestra tarea clínica se juega en el campo del diálogo con el enfermo, que es un arte de palabras intercambiadas para llegar al diagnóstico. Y todos sabemos hasta qué punto esas mismas palabras pueden tener, además, implicaciones terapéuticas. Hay palabras que sanan. Y no solo las hermosas palabras que alientan al paciente, también las angustiosas palabras que salen de él para nombrar catárticamente sus angustias y sus miedos, el tamaño de su dolor o la extensión sin orillas de su desesperanza.

Las palabras no solo nos explican de forma simbólica y misteriosa, también nos liberan y nos ayudan a conjurar el nudo gordiano de nuestras neurosis. Nuestro arte médico, largo como decía Hipócrates, es también un arte hecho de palabras, un arte narrativo.

Palpar el pulso de las sociedades y las culturas en sus testimonios literarios nos permitirá entender mejor su fisiología y su patología, sus mortificantes cronicidades, sus fiebres vehementes o sus errores congénitos. Y en nuestro país, afortunadamente, no han faltado médicos con inquietud humanista que se han adentrado con excelentes frutos en los puentes de amenidad que unen medicina y literatura. Marañón, Laín Entralgo, Luis Sánchez Granjel, Luis Montiel o Rafael Huertas son solo algunos de ellos, porque han dejado una nutrida escuela en el sendero.

Estas cuatro muestras, expuestas en modo polifónico y procedentes de tres espacios culturales muy diversos, nos darán una idea de cómo pueden usarse las fuentes literarias como recurso didáctico y hermenéutico. En primer lugar, la obra sin orillas de Gabriel García Márquez, cuyas ficciones están llenas de pasajes y personajes clínicos. Los primeros, expuestos con una solvencia poco común, propia del rigor periodístico más acendrado. *El amor en los tiempos del cólera* se inicia con el olor inconfundible a almendras amargas de una intoxicación cianhídrica y en *Crónica de una muerte anunciada* nos encontramos un informe de autopsia hábilmente suturado al conjunto de la narración. Y hemos podido perseguir y desvelar al grupo de asesores médicos que ayudó a García Márquez a sostener los armazones clínicos de su obra y a los personajes reales que se esconden detrás de cada uno de los médicos de sus ficciones.

En segundo lugar, Tomás Faustino Márquez sondeará la obra de la escritora polaca Olga Tokarczuk, premio Nobel de literatura en 2018, cuyas novelas están cargadas de saberes médicos y científicos, algunos considerados irracionales en la actualidad o en la marginalidad de un cuestionamiento sensato. Y es moviéndose deliberadamente en esa frontera entre lo que es válido y lo que no lo es donde transcurren sus mejores historias. Se exponen en canal reflexiones sobre el cuerpo anatómico y su preservación o los conflictos epistemológicos propios de la medicina ilustrada que enfrenta tradición y progreso o marca el pulso vivo entre empirismo y medicina hipocrática.

José Luis Peset nos presentará un retrato histórico del manicomio y la enfermedad mental en el teatro de Lope de Vega o de Valentín Andrés Álvarez. Nos guiará por las tablas del teatro y por los párrafos de algunas novelas, como retrato fiel de una sociedad, para entender cabalmente el paso de una enfermedad entendida como castigo, a la búsqueda progresiva de la redención social que convierte a locos, dementes y enajenados en enfermos mentales y los va revistiendo con las prendas necesarias de una dignidad perdida o es capaz de admitir la disfunción mental como espejo de una disfunción social que es preciso combatir desde su origen malsano.

Por último, Juan Antonio Rodríguez-Sánchez indagará en la más reciente literatura española para revisar el impacto médico y social de la poliomielitis. Entre abril de 2022 y marzo de 2023 se publicaron en España tres obras que abordan la experiencia de la poliomielitis desde la perspectiva autobiográfica o ficcional: las memorias *Esencia de azafrán* de Inma Blanco Bellón y *Violeta es algo más que un color* de Violeta Flores Ruiz, y la novela *El verano de Elisa* de José Vicente García Torrijos. Todas coinciden en proponer como protagonistas a mujeres que contrajeron polio en la infancia, durante la dictadura franquista, y cuyas vidas han estado marcadas por una lucha denodada contra las secuelas motoras, los procesos de medicalización y contra el peso desmedido de un estigma social. Se analizarán estas narraciones como formas de producción de memoria y de subjetividad, pero también de abierta denuncia desde una perspectiva que integra la historia de la medicina, la teoría narrativa y los estudios sobre discapacidad.

Médicos y medicina en la obra de Gabriel García Márquez

Juan V. Fernández de la Gala
Unidad de Historia de la Medicina y de la Ciencia.
Facultad de Medicina.
Universidad de Cádiz
delagala@telefonica.net

OBJETIVO

Se propone un análisis de la obra del escritor Gabriel García Márquez desde la perspectiva novedosa que pudieran ofrecer la antropología médica, la biología, la patología general, la historia de la medicina y también la lexicografía médica. Juntas, estoy seguro de que pueden aportar alguna luz o, al menos, atenuar algunas sombras que todavía persisten en la obra del nobel colombiano.

METODOLOGÍA

Las reflexiones que aquí se recogen forman parte de la obra *Los médicos de Macondo* (1), recientemente publicado por la Fundación Gabo y se han elaborado desde, al menos, tres niveles de lectura. El primero es el del lector común, que se deja atrapar por una narración embrujada y seductora que solo la carpintería literaria de un buen escritor como García Márquez es capaz de construir; la segunda lectura, más racional, es la que disfruté una vez que se publicaron las primeras biografías del autor, especialmente el primer tomo –y hasta ahora único– de sus memorias, *Vivir para contarla* (2), la biografía-entrevista de su gran amigo Plinio Apuleyo Mendoza (3), las de Dasso Saldívar (4) y Juan Luis Cebrián (5) y, sobre todo, la completísima biografía crítica del británico Gerald Martin, aparecida en 2008 (6).

Por último, el tercer nivel de lectura consiste en revisar la obra, ya con cierto ojo malicioso de lector advertido, a través de la lente de la antropología biomédica y la mentalidad clínica. No puedo, en ningún caso, apropiarme de este enfoque como si fuese una originalidad mía, pues desde hace años circulaban ya algunos artículos sobre cuestiones médicas puntuales en la obra de Gabriel García Márquez. Desde 2007, disfrutamos, además, de un delicioso ensayo muy bien construido por el pintor y ginecólogo colombiano Fernando Sánchez Torres, por entonces presidente de la Academia Nacional de Medicina de Colombia, que constituye un referente obligado y ofrece pautas metodológicas y criterios de interpretación muy estimables (7).

Aunque poca gente es consciente de ello, los temas médicos están muy presentes en toda la obra del nobel colombiano, ya sea en el retrato de personajes, en la descripción hiperbólica de patologías, en diagnósticos de fábula o en la referencia a tratamientos de honda raigambre indígena. Ello quizá sea debido a que los médicos, las enfermedades y la propia muerte han estado también muy presentes como preocupaciones constantes en la misma biografía del escritor, y como una fuente continua para la inspiración y el asombro. Su propio padre, Gabriel Eligio García, ejerció muchos años como homeópata, con éxito desigual, y regentó farmacias homeopáticas en varias poblaciones del norte de Colombia. Por su parte, el escritor fue, maletín en mano, vendedor de libros y enciclopedias médicas a domicilio por los pueblos de Valledupar y La Guajira en los tiempos más difíciles de su carrera. Es también conocida la abundante documentación histórico-médica que llenaba los estantes de la biblioteca personal de García Márquez en Cartagena y en Ciudad de México, lo que habla a favor de un sólido trabajo documental detrás de muchos comentarios médicos que pudieran parecer banales o improvisados a vuelapluma. En *Cien años de soledad*, por citar un ejemplo, se acrisolan referencias de las tradiciones médicas hebraica, helénica, alquímica, cristiana, cabalística y precolombina, junto a la clínica francesa del siglo XIX o a la medicina hipertecnificada y algo deshumanizada de nuestros días (8). En un encuentro con Gonzalo García Barcha, el hijo menor del escritor, le pedí que me revelara el nombre del médico de confianza que yo sospechaba ya que debía estar detrás de los párrafos mejor documentados de su padre. «Mi padre no tenía un médico de confianza para sus novelas: él tenía a todo un cuadro médico de especialistas a los que daba la lata día y noche para resolver cualquier menudencia», me dijo.

Brevemente, trataremos de poner en pie ese cuadro de médicos invisibles, ocultos en el andamiaje de las historias. Ha sido preciso vencer un poco la costumbre de discreción que nos caracteriza como gremio para desvelar finalmente la larga la lista de los amigos médicos de Gabriel García Márquez. A ellos les consultaba sus dudas sobre el perfil clínico de los personajes, sus temblores febriles, sus digestiones pedregosas, sus pertinaces insomnios o su estreñimiento «de cemento armado». En muchas ocasiones fueron ellos los que decidieron el mejor modo de que muriera alguien entre líneas, ya fuera en larga agonía o sin dejar ni el menor rastro a pie de página.

Pero no acaban ahí las argucias médicas de Gabo: como escritor utiliza la enfermedad como un recurso argumental que introduce en los personajes una cierta pérdida de control sobre el cuerpo y el alma. El enfermo está sujeto a unas reglas fisiopatológicas que suelen quedar por encima de su propia comprensión, reglas no siempre previsibles, que a veces lo vuelven vulnerable y desvalido, dependiente de los otros, y otras veces alteran su temperamento y lo convierten en otra persona o, por el contrario, sirven para desvelar su verdadero carácter y le permiten ser el héroe de su propio sufrimiento. Partiendo de esta fragilidad impredecible que confiere la enfermedad a los personajes, las posibilidades narrativas se incrementan.

No debe extrañar, por último, que en este trabajo se advierta mucho el peso de *La hojarasca*, su primera novela, publicada en 1955, en la que Gabo fundó el territorio imaginario y definitivo de Macondo, y volcó en él todas las esperanzas de su futuro, todavía muy incierto, como novelista (9).

Más difícil resultó, metodológicamente, la pesquisa histórico-médica, muy diversa y dispersa en fuentes y en la cronología que abarca. También fueron numerosas las investigaciones de archivo y, muy especialmente, los testimonios orales de los familiares y amigos del escritor o de los familiares de los propios protagonistas, emboscados en el anonimato de sus novelas. Tuvimos la suerte de contar con el testimonio de Tachia Quintana, compañera de buhardilla y de afectos de Gabriel en la etapa parisina en que se gestó *El coronel no tiene quien le escriba*(9)*;* Gonzalo García Barcha, el hijo menor de Gabo y de Mercedes; la familia del doctor Barbosa, sus vecinos en Aracataca; Linda Falquez y su esposo, el doctor Guillermo Valencia Abdala, amigo de Gabito en la escuela Montessori «ya desde el primer recreo» (2); Farouk Tebbal, hijo del doctor Mohammed Tebbal, que postulamos aquí como doble en la ficción del doctor Octavio Giraldo; Jaime Abello Banfi, director de la Fundación Gabo; y Margarita de la Vega, hija mayor del doctor Henrique de la Vega, entre otros muchos. Sus testimonios han enriquecido este trabajo hasta el punto de volverlo polifónico.

TRES LIMITACIONES CONSCIENTES

El peligro de una sobreinterpretación artificiosa de los datos está siempre presente cuando uno intenta elaborar diagnósticos con personajes ficticios, salidos de la mente de un autor, no susceptibles de exploración ni de estudio clínico. Por otra parte, por muy grande que fuese la familiaridad de Gabriel García Márquez con la medicina, o por muy experto que fuese el informante, no podemos presuponer que la descripción del personaje incluya un perfil clínico completamente veraz. Las patologías descritas obedecen más a las necesidades argumentales que a las leyes de una fisiopatología de manual. También es cierto que la actividad literaria tiene mucho de ejercicio de introspección y de proyección, y que eso podemos muy bien aprovecharlo para recomponer el prisma de visión que el propio Gabo tenía de la medicina y de los médicos.

En segundo lugar, considero también una limitación y una osadía leer y juzgar la obra del colombiano García Márquez desde concepciones científicas propias de la Europa occidental, además con visiones éticas y culturales condicionadas por una formación médica marcadamente racional y positivista, poco dada a las concesiones mágicas. Por último, la visión científica es siempre un intento riguroso de simplificación y ordenación y el juego literario es, por el contrario, un entramado irreductible de connotaciones. Toda visión extraliteraria de un texto literario será una reflexión muy útil y aleccionadora, y puede arrojar luz sobre algunos rincones. Pero es necesariamente arriesgada, y pecaría de ingenuidad manifiesta si pretendiese que del filo estrecho de su análisis se pueden desprender visiones globales y definitivas. Lo que hace grande la obra de Gabriel García Márquez es precisamente su irreductibilidad a un solo plano interpretativo.

Pero el peligro mayor sería pretender utilizar la obra de Gabriel García Márquez como pretexto para un ejercicio de vana digresión erudita, sin aportar claves de interpretación que pudieran mejorar nuestra comprensión o nuestro asombro.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

El trabajo de investigación se cubrió con fondos propios. La Fundación Gabo, en Cartagena de Indias, asumió la publicación de los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández de la Gala, Juan V. (2024), Los médicos de Macondo. La medicina en la obra literaria de Gabriel García Márquez, Cartagena de Indias, Fundación Gabo.

2. García Márquez, Gabriel (2002), Vivir para contarla, Barcelona, Debolsillo.

3. Mendoza, Plinio Apuleyo; García Márquez, Gabriel (1994), El olor de la guayaba, Barcelona, Mondadori.

4. Saldívar, Dasso (2016), El viaje a la semilla, Barcelona, Ariel.

5. Cebrián, Juan Luis (1997), Retrato de Gabriel García Márquez, Barcelona, Galaxia Gutenberg-Círculo de Lectores.

6. Martin, Gerald (2011), Gabriel García Márquez. Una vida, Barcelona, Debolsillo.

7. Sánchez Torres, Fernando (2007), La medicina en la obra de Gabriel García Márquez, Bogotá, Universidad Central.

8. García Márquez, Gabriel (1969), Cien años de soledad, Buenos Aires, Sudamericana-Edhasa.

9. García Márquez, Gabriel (2004), La hojarasca, Barcelona, Mondadori.

Los clásicos del futuro. El papel de la (Historia de la) Medicina en el Nobel a Olga Tokarczuk

Tomás Faustino Márquez
Universidad de Salamanca
tfaustin@usal.es

INTRODUCCIÓN

Cuando la Academia sueca otorgó el Premio Nobel de Literatura de 2018 a Olga Tokarczuk señaló que lo hacía «por una imaginación narrativa que, con pasión enciclopédica, representa el cruce de fronteras como una forma de vida».

Cierto es que podemos describir a Tokarczuk como autora enciclopédica: reúne y estudia los grandes temas de la literatura, entre los que encontramos a la medicina, para plasmarlos con rigor en su ficción.

Además, para una autora para quien el paso del tiempo es un recurso literario per se y la novela histórica un interés mayúsculo en su producción artística, la historia de la medicina tiene especial relevancia en su obra.

Si consultamos PubMed, buscador de referencia para médicos y formación médica generalista, pudiera parecer que el papel de la medicina en la obra de esta Nobel polaca no está apenas estudiado: solo aparece un resultado al introducir en él el nombre de la autora; el resumen de una conferencia de psicología inaugurada por ella misma, psicóloga de formación, en 2023.

Por otro lado, si buscamos esta relación en una base de datos general como puede ser Google académico, los resultados se disparan hasta cientos o miles, según el idioma o las combinaciones de palabras utilizadas; dejando patente que esta relación existe y sí está estudiada, pero no desde un punto de vista médico, necesario en un área como la nuestra donde debe primar la interdisciplinariedad.

La medicina tiene, como decíamos, un importante papel en el imaginario literario de Tokarczuk y son muchas las reflexiones sobre su papel en la sociedad y sobre su evolución histórica. Todas sus obras publicadas en español tienen referencias directas a la medicina y todas aquellas ambientadas en el pasado, o en las que la línea temporal es amplia, la historia de la medicina adquiere especial relevancia, con un estudio riguroso de las mismas. Pese a ser una autora generalmente de ficción, los hechos históricos y científicos que allí se narran tienen una importante base teórica.

OBJETIVOS

1. Explorar el papel de la medicina en las cinco novelas de Tokarczuk traducidas al español: *Sobre los huesos de los* muertos, Los *errantes*, *Un lugar llamado Antaño*, *Los libros de Jacob* y *Tierra de empusas*.
2. Desde la perspectiva de la historia de la medicina, analizar la inclusión de los diferentes saberes médicos en el contexto histórico en el que se ambientan dichas obras.
3. Identificar la crítica ideológica en el discurso literario de la autora hacia los paradigmas científico-médicos dominantes en cada época.

METODOLOGÍA Y FUENTES

Este trabajo adopta una metodología cualitativa de análisis textual e intertextual en la confluencia entre la historia de la medicina y los estudios literarios; mediante una lectura directa de las novelas mencionadas complementada con la lectura de fuentes secundarias procedentes de los campos antes mencionados.

FUENTES PRINCIPALES:

- *Obras literarias: las cinco novelas mencionadas en sus ediciones en español.*
- *Estudios críticos de Tokarczuk: entrevistas, ensayos y artículos encontrados en diferentes bases de datos.*
- *Bibliografía de historia de la medicina y epistemología.*

DESARROLLO

En diferentes entrevistas tras la concesión del Nobel (1), Tokarczuk dice que decidió estudiar psicología tras leer a Freud en el instituto, interesándose siempre más por la teoría que por la práctica clínica, de manera que en cuanto pudo vivir exclusivamente de escribir dejó de atender pacientes, quedando patente esa formación académica en la construcción de sus personajes.

Además, la autora siempre se muestra interesada por la ciencia, el comportamiento humano y el papel de la medicina en las sociedades; lo vemos tanto en sus textos como en sus declaraciones: ese interés por la base teórica de la ciencia que adquirió de niña no ha desaparecido.

Analizamos aquí el papel de la medicina y de la historia de la medicina en sus obras publicadas en español.

SOBRE LOS HUESOS DE LOS MUERTOS (2): FARMACOLOGÍA Y PATOLOGIZACIÓN

La protagonista de esta novela, alejada de la habitual experimentación literaria de Tokarczuk y más cercana a una novela policiaca, es hipocondriaca y enferma crónica. La novela está repleta de sus múltiples tratamientos y del estigma de un pueblo que la considera “loca” por ecologista y defensora a ultranza de los animales en un mundo de cazadores.

La astrología tiene un papel importante y la protagonista defiende que durante siglos astrología y medicina se dieron la mano para saber, entre otras cosas, cómo evolucionarían las enfermedades.

Es una novela cargada de saberes médicos y científicos considerados irracionales en la actualidad y es en esa frontera entre lo que es válido y lo que no lo es donde transcurre esta historia. Es una novela de márgenes en la que incluso aparece mencionado la medicina forense y cómo el estado mental de las personas puede influir en un proceso judicial.

LOS ERRANTES (3): ANATOMÍA, MUSEOS Y EL CUERPO COMO FUENTE

El movimiento es la idea central de esta novela fragmentaria plagada de viajes donde el cuerpo humano tiene una dimensión propia y la medicina es uno de los ejes que lo vertebra.

El cuerpo es aquí entendido como un elemento anatómico: la disección, la conservación de cuerpos y los museos anatómicos se introducen en la novela con la figura de un anatomista que busca preservar el cuerpo de su esposa o la de un médico obsesionado con un congreso sobre plastinación.

La medicina es aquí principalmente una disciplina anatómica encargada de clasificar y preservar estructuras, entendiéndose el cuerpo como algo separado de la persona tras la muerte del que se puede obtener conocimiento científico.

UN LUGAR LLAMADO ANTAÑO (4): MEDICINA POPULAR Y CONFLICTOS TEÓRICOS

Ambientada en el siglo XX en un pueblo ficticio llamado Antaño, nuevamente vemos el paso del tiempo desde una perspectiva múltiple y mágica.

Aquí la medicina aparece en sus vertientes rurales, alejada de academicismos y más cercana al empirismo: parteras, curanderas y médicos de batalla tratan de curar las enfermedades que allí se padecen.

En algunos de los fragmentos de la novela, recopilaciones de los saberes de la época, vemos el conflicto entre el empirismo que primaba en el pueblo y la medicina universitaria que empezaba a llegar y que todavía utilizaba a Hipócrates y Galeno como base para criticar unos saberes que consideraban arcaicos e inferiores.

LOS LIBROS DE JACOB (5): DE LA ALQUIMIA A LA MEDICINA ILUSTRADA

Tal vez la más monumental de sus novelas, *Los libros de Jacob* se extiende en sus más de mil páginas a través del tiempo y el espacio para explicar la figura de un autodenominado nuevo mesías judío durante el siglo XVIII. Entre tantas páginas y tanto despliegue narrativo hay también espacio para la medicina y nuevamente para el conflicto y la frontera, generalmente difusa, entre una medicina premoderna y la medicina ilustrada.

Diferentes figuras, desde el curandero al astrólogo, pasando por el médico rural y el urbano o el farmacéutico aparecen en esta novela mostrando las contradicciones de una ciencia y una medicina muy diversas en aquella época.

Además, *Los libros de Jacob* está cargado de los conflictos epistemológicos de la medicina ilustrada: los roces entre tradición y progreso, entre empirismo y medicina hipocrática, todo rodeado por un halo de guerra de religiones por hacerse con el poder, también con el científico.

TIERRA DE EMPUSAS (6): SANATORIOS Y MASCULINIDAD REINTERPRETADOS

En 1929 fue el alemán Thomas Mann el ganador del premio que Tokarczuk recibió en 2018.

Aunque la obra que mencionó la Academia en su concesión fue *Los Buddenbrook*, ya entonces había publicado Mann la que con los años sería su obra más conocida y la que aquí Tokarczuk reinterpreta con una visión más moderna, *La Montaña mágica.*

Tierra de empusas utiliza la ambientación en un sanatorio para tuberculosos de principios del siglo XX que un siglo antes apareció en el clásico de Thomas Mann para darle un enfoque novedoso, se puede decir feminista, de la historia.

El protagonista, allí ingresado, se encuentra rodeado de pacientes que representan los diferentes discursos médicos e ideológicos de la época: darwinismo social, racismo o misoginia científica, contrapuestos al pensamiento médico hegemónico en aquella época, donde se producía una transición del higienismo a una medicina de corte científico-técnico, dominados ambos por el paternalismo médico y entendiéndose el sanatorio como un espacio de contención social.

CONCLUSIONES

El recorrido por estas cinco novelas revela que Olga Tokarczuk no utiliza en sus obras a la medicina solo como tema narrativo, sino que muestra, analiza y construye una crítica a los discursos del poder que sostienen a la ciencia, valiéndose de una recolección de información relativa al avance de la medicina a través de la historia.

Cada novela se ambienta en un momento histórico diferente y Tokarczuk, con esa pasión enciclopédica que destacaba la Academia, recoge perfectamente las características del pensamiento médico de cada época.

Desde el boticario oriental a las parteras rurales, del anatomista del siglo XVIII al sanatorio del siglo XX, hasta llegar a la mujer polimedicada del siglo XXI; Tokarczuk nos muestra la medicina como institución que ejerce poder hacia los pacientes, respetándola y cuestionándola desde un punto de vista ético, pero también científico-técnico. Se nos presenta a la medicina, desde una óptica literaria, como una manera de ordenar la sociedad y la experiencia humana.

El conjunto de su obra se puede entender dentro de las humanidades críticas de la salud, presentando siempre una medicina histórica y científicamente rigurosa, pero con visión holística y ética del cuerpo, la salud y la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA (SELECCIÓN)

1. Manrique Sabogal, Winston (2019), Olga Tokarczuk, Nobel de Literatura, o las claves para leer y comprender el presente literario, WMagazín, 11 de octubre.

2. Tokarczuk, Olga (2016), *Sobre los huesos de los muertos*, Madrid, Siruela.

3. Tokarczuk, Olga (2019), *Los errantes*, Barcelona, Anagrama.

4. Tokarczuk, Olga (2018), *Un lugar llamado Antaño*, Barcelona, Anagrama.

5. Tokarczuk, Olga (2022), *Los libros de Jacob*, Barcelona, Anagrama.

6. Tokarczuk, Olga (2025), *Tierra de empusas*, Barcelona.

El manicomio en el teatro y la novela: entre el Barroco y la Edad de Plata

José Luis Peset
Académico Honorífico de la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana
josepeset46@gmail.com

Las fuentes literarias han sido siempre importantes a la hora de estudiar la historia de la medicina, sea para conocer personajes, enfermedades o remedios. Pero también lo son como muestra de la creatividad artística o como reflejo de la sociedad en que estas se producen.

En España, la escuela de historiadores de la medicina siempre ha sido sensible a estos estudios. Sin duda, se recoge una gran tradición de médicos escritores, con autores de la relevancia de Felipe Trigo o Pío Baroja, o bien el ensayista Gregorio Marañón. Así los primeros maestros de nuestra escuela fueron muy sensibles a estos acercamientos. Se puede citar a Pedro Laín Entralgo y a Luis Sánchez Granjel, que fueron muy buenos conocedores de la cultura literaria española. La tradición se mantuvo en la escuela de Madrid, en donde Agustín Albarracín, Luis Montiel, Rafael Huertas y yo mismo proseguimos con estos estudios. Pueden citarse los trabajos sobre Lope de Vega de Albarracín, los de Rafael Huertas sobre Zola y los de Luis Montiel sobre Thomas Mann.

En mi comunicación pretendo rendir un homenaje a estos estudiosos, mostrando la presencia en variados escritos de una institución básica en la historia de la psiquiatría, me refiero al manicomio. Me centraré en el teatro y en la novela, dejando aparte la poesía. Esta se podría haber incluido, así la obra poética de Leopoldo María Panero, pero pertenece a una época y a un género distintos. Me limitaré a dos obras de teatro, una de Lope de Vega titulada *Los locos de Valencia* y otra de Valentín Andrés Álvarez llamada *Tararí* (1). Y a algunas novelas de Antonio de Hoyos y Vinent (2,3) y de Alfonso Vidal y Planas (4,5). Las acciones de estas obras se sitúan en épocas y lugares muy notables. La primera en el Barroco y en Valencia cuando la obra del padre Jofré y el Hospital general se amplían notablemente. Las otras se desarrollan en Madrid tras la creación del Manicomio Modelo de Santa Isabel de Leganés y llegan hasta las reformas psiquiátricas emprendidas en la dictadura y sobre todo en la República (6). Es un largo camino que va desde la teoría de los humores en la tradición clásica –en especial los melancólicos– hasta la aparición de la psiquiatría contemporánea con Sigmund Freud.

Como conclusiones se puede sostener que estas obras son un reflejo claro de la sociedad española y de sus novedades culturales y médicas, pero también que los escritores son sensibles al progreso a lo largo de los siglos conoció la psiquiatría y quienes a ella se dedicaron. Sacaré estas conclusiones de algunos autores y obras de los que ya me he ocupado en otros lugares. En la novela de Lope de Vega hay que destacar el empleo de una institución famosa pero terrible para divertimentos de engaños y ocultaciones. Asimismo, los juegos entre humores e imaginación, entre la luna, el amor y la enfermedad mental. Se puede recordar también la presencia del hospital de enfermos mentales en la falsificación de la segunda parte de la magistral novela de Miguel de Cervantes Saavedra.

La tradición no se pierde y así, al llegar el realismo y el naturalismo, aparece el manicomio en obras importantes de conocidos autores como Emilia Pardo Bazán (7-8) y Benito Pérez Galdós. Aquella noble dama ha sido muy bien estudiada por Delfín García Guerra y Asunción Doménech. Y hay que mencionar a otra mujer, de nombre Caterina Albert, que surge como gran escritora detrás del seudónimo de Víctor Catalá, con una obra manicomial (9). Es asimismo muy notable la descripción de Leganés que inserta Benito Pérez Galdós en 1881 en su novela *La desheredada* (10). Presenta casos, tratamientos, jardines y patios, también médicos en este caso positivos como es habitual en su obra. Se trata de una época anterior a las mejoras del nuevo siglo. Afirma que en esta fortaleza o manicomio se reúne la caridad con la defensa social, así el hospital con la cárcel. Se trata pues de una institución de doble sentido, curativo y controlador, con distinto trato a pudientes y a pobres.

En *Cuestión de ambiente,* de Antonio de Hoyos y Vinent (11), encontramos la defensa de la tradición del caduco hidalgo en un noble homosexual y escandalizador. Y la caída en la enfermedad y en el encierro por decadencia moral y ambientes malsanos. O bien, nos presenta la vida y el terror en un manicomio regentado por un sabio alienista en *El caso clínico*. En Vidal y Planas –autor delincuente y generoso– en *El manicomio del Doctor Efe* se presentan los juegos de las nuevas vanguardias y de la mente compleja en un cambio constante entre prisión y manicomio, con las críticas pertinentes a la represión y a la injusticia (5).

En la comedia *Tararí* de Valentín Andrés Álvarez (1) vemos –o leemos– la interpretación de la sociedad como manicomio y la defensa e introducción de la irracionalidad, con las críticas al capitalismo de un futuro catedrático de economía, creador de una importante escuela. Sin duda estas obras muestran la validez del conocimiento de la medicina de la época por estos autores y también la aceptación de las mejoras que en esta se están produciendo. Así en las sucesivas páginas de estos autores, se puede ver el paso de la enfermedad como castigo, a la búsqueda de la redención y a la admisión final de la locura como muestra de la sociedad en que se vive. Sin duda, en la cultura de la época –como también hoy en día– hay muestras de la preocupación social ante el irracionalismo. Recordemos la obra de G. Lukács *El asalto a la razón* de mediados del pasado siglo. Tras la guerra, se aprecia un avance hacia formas de literatura de humor

en Miguel Mihura y Alfonso Paso, pero el realismo se mantiene (12-14). Así se llegará hasta *Los renglones torcidos de Dios* de Torcuato Luca de Tena en 1979. Pero esto es ya otra época.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez y Álvarez, Valentín Andrés (1948), *¡Tararí! Pim, Pam, Pum. Sentimental dancing*. Con un apunte autobiográfico, Madrid, M. Aguilar Editor, Colección Crisol, n.º 223.

2. Hoyos y Vinent, Antonio de (1917), *El caso clínico*, Madrid, Biblioteca Hispania, pról. L. Simarro.

3. Hoyos y Vinent, Antonio de (1932), *Sangre en el barro*, Madrid, Carabanchel Bajo, Editorial Castro.

4. Vidal y Planas, Alfonso (1923), *Los locos de la calle*, Madrid, La Novela de Hoy.

5. Vidal y Planas, Alfonso (1931), *El manicomio del Doctor Efe*, 2ª. ed., Madrid, Compañía Ibero-Americana de Publicaciones S. A., Renacimiento.

6. Villasante, O., Candela Ramírez, R., Conseglieri Gámez, A., Tierno Patiño, R., Vázquez de la Torre, P. y Huertas, R. (2018), *Cartas desde el manicomio. Experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés*, Madrid, Catarata.

7. Doménech Montagut, Asunción (2000), *Medicina y enfermedad en las novelas de Emilia Pardo Bazán*, Alzira, Valencia, Centro Francisco Tomás y Valiente, UNED.

8. García Guerra, Delfín (1990), *La condición humana en Emilia Pardo Bazán*, A Coruña, Xuntanza Editorial.

9. Català, Víctor [Caterina Albert] (2017), *La infanticida i Nou contes de foc i de sang*, selección y postfacio de Lluïsa Julià, ed. Blanca Llum Vidal, Barcelona, Club Editor Jove, edición electrónica.

10. Pérez Galdós, Benito (1975), *La desheredada*, Madrid, Alianza Editorial, 3ª. ed. en “El Libro de Bolsillo”.

11. Hoyos y Vinent, Antonio de (1903), *Cuestión de ambiente*, Madrid, Establecimiento tipográfico de Idamor Moreno, prólogo de Emilia Pardo Bazán.

12. Peset, José Luis (2010), *Las melancolías de Sancho*, Madrid, AEN.

13. Peset, José Luis (2015), *Melancolía e Ilustración. Diálogos cervantinos en torno a Cadalso*, Madrid, Abada.

14. Peset, José Luis (2022) “Manicomios, escritura y locura en la Edad de Plata española”. Culture & History Digital Journal, 11 (1): e012. doi: https://doi.org/10.3989/chdj.2022.012

Narrativas de la polio

Juan Antonio Rodríguez-Sánchez
Universidad de Salamanca
jarshm@usal.es

En las últimas décadas, el estudio de las narrativas en torno a la poliomielitis ha adquirido una creciente relevancia en la historia de la medicina, en los estudios sobre discapacidad y en la literatura testimonial. Esta línea de investigación ha puesto de relieve la riqueza de las experiencias de quienes sobrevivieron a la enfermedad, especialmente en contextos donde las secuelas físicas y las consecuencias sociales de la polio marcaron a generaciones enteras.

Estas narrativas se han estudiado como construcciones sociales y literarias que reflejan la experiencia de la enfermedad. Se ha señalado que la polio generó un rico imaginario colectivo de asociaciones y metáforas, que se halla presente tanto en la literatura o el cine como en la prensa y las propias publicaciones médicas, ya sea de un modo descriptivo o como recurso simbólico e ideológico.

Literariamente los testimonios personales han adoptado forma de memorias o de ficciones manifiestamente autorreferenciales, ora de profesionales, ora de personas afectadas, siendo estas últimas sobre las que se centra mi interés en este trabajo.

Entre abril de 2022 y marzo de 2023 se publicaron en España tres obras que abordan la experiencia de la poliomielitis desde la perspectiva autobiográfica o ficcional: las memorias *Esencia de azafrán* de Inma Blanco Bellón, *Violeta es algo más que un color* de Violeta Flores Ruiz y la novela *El verano de Elisa* de José Vicente García Torrijos. Todas comparten como protagonistas a mujeres que contrajeron polio en la infancia y cuyas vidas han estado marcadas por las secuelas motoras, los procesos de medicalización y el estigma social. El objetivo del trabajo es analizar estas narraciones como formas de producción de memoria, subjetividad y denuncia desde una perspectiva que integra historia de la medicina, teoría narrativa y estudios sobre discapacidad.

Lo excepcional de su aparición editorial, en tan sólo un año, se debe a su carácter singular en la literatura española, tanto en comparación con la anglosajona como en la propia trayectoria en el país: previamente sólo tenemos noticia de la publicación de las memorias de Pilar Pereira Galiana (2006), Ana María Brenes (2009-2010), Cristina Blanco Cabilla (2014) y las ficciones autorreferenciales de José Vicente García Torrijos (2015) y Hernán Silván (2019).

La comparación con el mercado editorial estadounidense es significativa: el estudio seminal de Amy L. Fairchild sobre narrativas de la polio analiza, sólo en el siglo XX, 40 obras (más 5 reediciones) entre 1936 y 1999. Establece dos grandes tipos de relatos: las narrativas de restitución, propias de los primeros supervivientes, que reflejan una visión optimista centrada en la recuperación, y las narrativas de discapacidad, que emergen a partir de los años cincuenta y que se enfocan en la cronicidad y el activismo (2). Casi una década antes (1994), Daniel Wilson (probablemente el mayor especialista en las narrativas de polio, tanto escritas como orales) estableció un paralelismo entre estas, a las que definió como de recuperación y redención, y la interpretación religiosa de los pactos de obra y gracia (9).

Desde una perspectiva cultural y literaria, Marc Shell, en *Polio and Its Aftermath: The Paralysis of Culture* (2005), vincula la experiencia de la polio con representaciones simbólicas y culturales, tanto en la literatura como en los medios de comunicación, incluyendo el caso paradigmático de Franklin D. Roosevelt. Su análisis destaca cómo la enfermedad se convierte en metáfora de vulnerabilidad y resiliencia (5).

Ruth Bridgens, centrada en las narrativas orales, presenta en su tesis *Silenced Voices: Narratives of Polio and Postpolio Syndrome* (2005) una investigación cualitativa centrada en las voces de personas afectadas por la polio y el síndrome postpolio en Reino Unido. Identifica temas como la independencia, la negación del cuerpo normativo y la crítica a la ignorancia médica sobre el síndrome postpolio (1).

También resulta imprescindible considerar el trabajo de Rosemarie Garland-Thomson, aunque centrada en el contexto norteamericano, por su influencia decisiva en la interpretación de las representaciones literarias y sociales de la discapacidad. En *Extraordinary Bodies* (1997) propone una lectura interseccional del cuerpo con discapacidad en la cultura estadounidense, proporcionando herramientas clave para el análisis narrativo (4).

Es preciso considerar el giro en la autopercepción y expectativas vitales introducido por la aparición del síndrome postpolio y su efecto en los relatos, como muestran Stig Wenneberg y Gerd Ahlström (8) o Danielle Souza (9), esta última en una investigación comparativa entre Brasil y España. Para España contamos con el análisis de narrativas orales, como el centrado en las vacunaciones, de José Vicente Toledo-Marhuenda y Rosa Ballester (7).

A partir de estos referentes, se ha aplicado al análisis una metodología basada en las tipologías narrativas de enfermedad definidas por Arthur W. Frank (3), pero también de la noción de identidad narrativa de Paul Ricoeur. Se consideran las condiciones de producción, intencionalidades autorales, articulación con memorias familiares e historia social de la discapacidad. El enfoque reconoce la diversidad interpretativa y funcional de las narrativas, incluyendo aspectos éticos, identitarios y terapéuticos.

Como he expresado, las tres obras representan una ruptura con el silencio social sobre la polio en España. No se trata de narraciones de superación tradicionales,

sino de relatos que integran la experiencia de la discapacidad con la lucha por el reconocimiento, la dignidad y la justicia social. Las autoras entrelazan historias personales con memorias familiares (Inma Blanco), denuncias de violencia estructural y de género (Violeta Flores), o ficciones críticas con elementos autobiográficos en los que la denuncia social adquiere protagonismo (José Vicente García).

Una constante en las tres obras es el uso de la narrativa como forma de reconstrucción identitaria y denuncia. El cuerpo con discapacidad, medicalizado desde la infancia, se convierte en el lugar de una lucha simbólica contra el capacitismo. Las experiencias hospitalarias, a menudo traumáticas y marcadas por la presencia de monjas y profesionales sanitarios, son narradas como foucaultianos procesos de disciplinamiento del cuerpo. Las protagonistas cuestionan el modelo rehabilitador que prometía la normalización a través de operaciones y ortopedia.

El síndrome postpolio actúa como detonante de las memorias. Esta reaparición tardía del deterioro físico lleva a las autoras a reinterpretar sus biografías desde la perspectiva de la dependencia y el envejecimiento con discapacidad. Surgen entonces narrativas de caos, donde el futuro se vuelve incierto, y una nueva lucha comienza para el reconocimiento sanitario y social del síndrome.

Las obras analizadas utilizan recursos literarios diversos: la autoficción, la poesía, el juego autorreferencial o el paralelismo temporal. Todas recurren al viaje como metáfora de transformación, en una estructura que remite al “viaje del héroe” (Campbell) adaptada al “viaje de la heroína”: partida (infección y separación familiar), iniciación (dolor, operaciones, estigma) y retorno (aceptación del cuerpo propio y acción política).

La interseccionalidad se evidencia al plasmar la discapacidad femenina como doblemente estigmatizada: por la deficiencia (y las limitaciones que conlleva en una sociedad capacitista) y por la condición de género en la dictadura nacionalcatólica en que transcurrió su adolescencia. En sus relatos refieren cómo sienten haber sido percibidas como asexuadas, vetadas para la maternidad y dependientes. Las narrativas analizadas desmontan estos estereotipos mediante relatos de deseo, maternidad, vida sexual y afectiva, que reivindican una subjetividad plena y diversa.

Un elemento simbólico recurrente es el baile, como acto de autoafirmación corporal, resistencia y goce. Desde la discoteca de barrio hasta la pista donde una mujer en silla de ruedas gira como un derviche, el baile condensa la reconciliación con el cuerpo y la reapropiación del placer. Así, la parálisis es contrarrestada con el movimiento simbólico y emocional.

Finalmente, estas obras proponen una relectura histórica: la polio deja de ser un episodio médico superado para convertirse en una herida social que persiste. La negligencia franquista en la vacunación es señalada como causa de sufrimiento evitable. Las autoras reclaman reconocimiento como víctimas del franquismo, integrando la lucha por la memoria histórica. Este es uno de los motivos para la

simultaneidad de los relatos: la gestación de la Ley de Memoria Democrática y la exigencia de que las personas afectadas por la polio fuesen incorporadas.

Estas tres narrativas no solo documentan experiencias individuales, sino que reconstruyen un archivo emocional y político sobre la polio en España. Desde la medicina narrativa, podemos entender el impacto de la enfermedad, los modelos asistenciales y las respuestas personales y colectivas. Visibilizan una historia de sufrimiento, resistencia y (re)creación, que interpela tanto a la sociedad como a los profesionales de la salud, esos que desconocen la polio.

Autoras y autor han convertido el testimonio en herramienta terapéutica y reivindicativa. Sus obras cuestionan el discurso médico tradicional, promueven la inclusión social y reclaman una medicina atenta a la diversidad funcional, capaz de escuchar y comprender historias de vida complejas. Representan una contribución valiosa a la literatura testimonial y a los estudios críticos sobre cuerpo, género y discapacidad.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Trabajo desarrollado en el marco del proyecto PID2021-126019NB-I00 financiado por MCIN/AEI/10.13039/501100011033/ y por FEDER Una manera de hacer Europa.

FUENTES

Blanco Bellón, Inma (2022), Esencia de azafrán, Sevilla, Con M de Mujer.

Flores Ruiz, Violeta (2022), Violeta es algo más que un color, Almería, Círculo Rojo.

García, José Vicente (2022), El verano de Elisa, Portugalete, Rubric.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bridgens, Ruth (2005), Silenced Voices: Narratives of Polio and Postpolio Syndrome, Cardiff University [Tesis].

2. Fairchild, Amy L. (2001), The Polio Narratives: Dialogues with FDR, Bulletin of the History of Medicine, 75(3), 488–534.

3. Frank, Arthur W. (2013), The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics, Chicago, University of Chicago Press (2ª ed.).

4. Garland-Thomson, Rosemarie (1997), Extraordinary Bodies: Figuring Physical Disability in American Culture and Literature, New York, Columbia University Press.

5. Shell, Marc (2005), Polio and Its Aftermath: The Paralysis of Culture, Cambridge, Mass., Harvard University Press.

6. Souza Fialho da Silva, Danielle (2021), Narrativas sobre a Síndrome Pós-Pólio em associações de pacientes do Brasil e da Espanha nos meios digitais, Caminhos da História, 26(2), 136-152.

7. Toledo-Marhuenda, José V.; Ballester, Rosa (2020), Narrativas vacunales y políticas de vacunación contra la poliomielitis en el contexto de la provincia de Alicante (1963-1978), Asclepio, 72(1), p294, https://doi.org/10.3989/asclepio.2020.03

8. Wenneberg, Stig; Ahlström, Gerd (2000), Illness narratives of persons with post-polio syndrome, Journal of Advanced Nursing, 31(2), 354-361.

9. Wilson, Daniel J. (1994), Covenants of Work and Grace: Themes of Recovery and Redemption in Polio Narratives, Literature and Medicine, 13(1), 22-41.

5.

LA CONSTRUCCIÓN DE LA SEXUALIDAD EN ESPAÑA. TRANSGRESIONES, MEDICALIZACIÓN Y POLÍTICA

COORDINADORAS

Silvia Lévy
Instituto de Historia, CSIC
silvia.levy@cchs.csic.es

&

Mónica García Fernández
Universidad Autónoma de Madrid
monica.garciaf@uam.es

PRESENTACIÓN

La construcción de la sexualidad está marcada por la constante pugna entre el tabú social, la censura, la liberación y la reivindicación de derechos. Los cambios y las continuidades en las representaciones y las prácticas sexuales están íntimamente relacionados con la norma médica y moral de cada época. Sin lugar a duda, la influencia del feminismo y los movimientos de liberación sexual, en sus diferentes etapas históricas, han influido en la transformación de los imaginarios sobre sexualidad. No obstante, los parámetros de enunciación y visibilidad de lo sexual están fuertemente condicionados por el poder político y la Iglesia, los intereses de médicos y psiquiatras, los valores morales hegemónicos, o la opinión pública movilizada por los medios de comunicación.

En esta mesa buscamos profundizar, desde diferentes enfoques históricos, en algunas de las dinámicas culturales, religiosas, científicas, y políticas que han moldeado la sexualidad en la España contemporánea. Con ello pretendemos aportar nuevos análisis a partir de los que reflexionar sobre el lugar que lo sexual ha tenido -y tiene- en la construcción histórica de la salud, tal y como se refleja en los imaginarios y narrativas sobre el rol sexual de las mujeres, en la adquisición o pérdida de derechos sexuales y reproductivos, o en los persistentes desafíos sobre igualdad y diversidad sexual.

Las cinco comunicaciones abarcan una cronología amplia, desde el tránsito a la modernidad a finales del siglo XVIII, hasta la transición hacia la democracia en los años 70 y 80. Los análisis combinan diferentes tipos de fuentes, como monografías y publicaciones científicas, revistas de divulgación, actas, prensa de tirada nacional y correspondencia. Asimismo, se incluyen metodologías propias

de la historia social y de la ciencia, la cultura visual y los estudios de género, a partir de los que se analiza la construcción de imaginarios sobre lo sexual en el espacio de diálogo entre el discurso experto (científico, político y religioso) y la esfera pública.

El primer trabajo es el de Javier Martínez Dos Santos, en el que se aborda la comprensión cultural y legal que existía sobre el aborto en el Antiguo Régimen, para lo que analiza tratados médico-legales, diccionarios, códigos penales, recetarios o libros de consulta. El segundo trabajo avanza hacia las primeras décadas del siglo XX. En él Lola del Gallego y Silvia Lévy proponen analizar los argumentos médico-psiquiátricos que se emplearon en los debates en las Cortes Republicanas sobre la ley de divorcio entre los años 1930 y 1931. Estas formulaciones son a su vez comparadas con las historias clínicas del consultorio del psiquiatra Gonzalo Rodríguez Lafora, en las que el divorcio o la separación tuvieron un rol terapéutico. La divulgación médica sobre la menstruación es el tema sobre el que gira la comunicación de Elia Arce, centrándose en las décadas de 1920 y 1930 y su impronta en las concepciones posteriores en pleno régimen franquista. Por último, las comunicaciones de Mónica García y Ana Macaya, se centran en la Transición y en la divulgación sexual que hubo durante este periodo a través de dos revistas, *Convivencia. Cuadernos de orientación sexual para la intimidad de la pareja*, en el caso de García, y *Ajoblanco* en el caso de Macaya, esta última centrándose en las cartas de las lectoras de la revista y los significados sexuales que contenían.

La consideración médico-teológico-legal del aborto en el Antiguo Régimen

Javier Martínez Dos Santos
Universidad Autónoma de Madrid
Javier.martinezd01@estudiante.uam.es

La historiografía española ha manifestado en las últimas décadas un interés creciente por analizar la evolución histórica de la comprensión cultural y legal del aborto; si bien la mayoría de las investigaciones existentes han centrado su atención en el siglo XX (con especial énfasis en el período de la Dictadura Franquista), analizando los procesos sociales que derivaron en su penalización o despenalización, así como las consecuencias de su práctica clandestina. Existe un notable vacío en lo que respecta al estudio de esta problemática durante el Antiguo Régimen, así como el período de construcción del Estado liberal. El objetivo de la presente ponencia es cubrir ese vacío mediante un análisis de la comprensión cultural del aborto en los ámbitos médico y religioso en la España de finales del Antiguo Régimen.

Parto de considerar la práctica anticonceptiva y de gestión de la natalidad del aborto como un proceso conformado por la intersección de diversos discursos médicos, religiosos, políticos y legales históricamente contingentes, que determinaron tanto la viabilidad de su práctica como su aceptación y legitimación social. Para analizar la evolución en la comprensión cultural del aborto en el período de transición del siglo XVIII, emplearé una multiplicidad de fuentes, desde códigos penales, tratados médico-teológicos, recetarios, diccionarios médicos, o libros de consultas. El objetivo de este trabajo es ofrecer un primer acercamiento al estudio del aborto en el Antiguo Régimen, por lo que se centrará exclusivamente en la definición que los discursos médicos, legales y religiosos ofrecieron respecto a este método anticonceptivo, dejando para posteriores trabajos el análisis de su práctica social y cotidiana.

Tanto la *Nueva Recopilación de Leyes de Castilla* de 1567, como la *Novísima Recopilación* de 1804 recogen la distinción original de la Ley de las Siete Partidas, según la cual “la mujer preñada” que “bebiere yerbas” u “otra cualquier cosa” para provocar el aborto, sería condenada a muerte si la criatura “ya fuera viva en el vientre”, mientras que si “aun no fuese viva”, solo sería castigada con un destierro de su localidad por cinco años (1). Dada la imprecisión conceptual de la Partida VII (la única ley propiamente dicha que regulaba el aborto como delito en el reino de Castilla hasta los Códigos Penales de 1822 y 1848 aparte del derecho canónico), comentaristas de los siglos XVI y XVII como Fray Antonio de Córdoba

matizaron que si bien el aborto tardío sí debía considerarse como homicidio,-y por tanto penarse con la muerte-, el castigo en caso de realizarse durante los primeros meses de gestación se debía reducir a una simple pena pecuniaria (2, p. 477).

Esta distinción legal se asentaba sobre la conocida como "tesis de la animación tardía" propia de la tradición aristotélico-tomista, según la cual el embrión solo estaría dotado de un alma racional en las fases posteriores del embarazo, cuando ya hubiese desarrollado una forma propiamente humana. Así resumía el cisterciense Antonio José Rodríguez (1703-1777) la consideración teológico-legal del aborto a la altura del siglo XVIII:

"Los autores de ambos derechos tienen como doctrina corriente, tomada de un texto de Aristóteles, que el feto no se anima hasta los quarenta días si es hombre, y hasta los ochenta o noventa si es muger. Sobre este principio fundan sus determinaciones en uno y otro Derecho. […] La sacra Penitencia sigue sobre este supuesto la misma doctrina en sus resoluciones. De modo, que si el aborto fue antes de quarenta días cumplidos, después de concebido, y no se nota evidentemente con señales de vida, siempre se presupone inanimado" (3, p. 74).

Partiendo de la división aristotélica de los tres tipos de alma (vegetativa, sensitiva y racional), la mayoría de los teólogos y canonistas aceptaban unánimemente que el feto humano solo recibía el alma inmortal y estaba propiamente vivo entre los días cuarenta (en caso de ser varón) y noventa (en caso de mujer, por su condición más húmeda y fría), cuando ya mostrase movimiento (4). Esta distinción, presente tanto en San Agustín como en Santo Tomás, marcaba la diferencia a nivel de derecho canónico entre el castigo que merecía el aborto en las fases iniciales y avanzadas del embarazo. Solo a la altura de 1822, con la promulgación del primero Código Penal del liberalismo, esta distinción entre el aborto realizado en sus primeras y últimas fases sería eliminada, penándose la práctica del aborto desarrollado en cualquier momento.

La tesis de la animación tardía era un axioma tanto en teología y derecho como en medicina. Sin embargo, el aborto voluntario no era llevado a cabo siempre por razones relativas a la sexualidad y el control de la natalidad. El aborto inducido, u otras terapias médicas que podían poner fin al embarazo solían ser aceptadas como formas legítimas de intervención terapéutica, especialmente en el caso de mujeres de la élite en que el embarazo o parto pudiesen poner en peligro la vida de la madre o su futura fertilidad. En 1733, el médico Diego Mateo Zapata, en una obra dedicada a la Infanta María Victoria (reina de Portugal), defendía explícitamente la posibilidad de usar medicamentos abortivos si era necesario para asegurar la salud de la madre, siempre que el aborto se realizase durante los meses en que el feto todavía no estaba animado (5, pp. 18-20). De hecho, en ocasiones el aborto terapéutico podía llegar a realizarse en cualquier instante antes del parto, como en el caso de la duquesa Leonora de Toledo, que abortó mediante el uso de purgantes en el sexto mes de embarazo. Como ha estudiado Carla Spivack, el conocimiento en torno a las hierbas abortivas y los posibles remedios que podían llevar a inducir el aborto circulaba abiertamente en manuales medicinales, libros de recetas y tratados botánicos (6).

De hecho, según Spivack, durante la Edad Media y Moderna no existía una diferenciación conceptual entre los tratamientos "abortivos" y aquellos dedicados a provocar el flujo menstrual en casos en los que la menstruación se retrasaba o era especialmente dolorosa. Dada la imposibilidad durante este período para diferenciar los síntomas tempranos del embarazo de los dolores premenstruales era común la ingesta de hierbas abortivas de forma preventiva, como una forma de purgante que asegurase un ciclo menstrual regular y sano. En el caso español, la obra de Francisco Suárez de Ribera (1683-1738) es la que mejor refleja la pervivencia de esta concepción en la medicina española hasta mediados del siglo XVIII. Tanto en la *Clave medico-chyrurgica universal* (1731) como en recetarios médicos como el *Brevario medico y chyrurgico de nuevos y raros secretos* (1740) y la *Clave botánica nueva y novísima* (1738) aparecen reflejadas un sinfín de recetas médicas para la preparación de hierbas purgantes y abortivas destinadas a "bajar los meses" y "expeler el fetus muerto" como el acino, la arbor casta, o el *trociscos anti-colico uterino* (7, pp. 189-190). Y del mismo modo, en sus obras de *consultas médicas,* aparecen reflejados varios casos de mujeres aquejadas del "mal de madre" o de retenciones menstruales, como el de una mujer de la villa de Arévalo, que sufría "vómitos", "mareos", y "supresión de meses", y a la que Suárez de Ribera recomendó sangrías para "evacuar la sangre, que los meses no regulan bien" junto con varios medicamentos purgantes destinados a "bajar los meses". Dada la imposibilidad técnica para diferenciar entre los dolores y retenciones menstruales, las primeras fases del embarazo y el "mal de madre", el conocimiento en torno a los remedios purgantes y abortivos destinados a realizar las mismas funciones resultaba ampliamente accesible y aplicable, en un contexto de amplia normalización de este tipo de prácticas terapéuticas (8, pp. 715-716).

La persecución penal del aborto tenía enormes implicaciones en las políticas reproductivas y de gestión del orden social durante la Edad Moderna. En líneas generales, la historiografía existente atestigua una cierta tolerancia por parte de las jerarquías civiles y eclesiásticas hacia la práctica del ocultamiento del embarazo y el aborto una vez descubiertos y enjuiciados, dependiente siempre del carácter concreto y local de cada juez y caso. Siempre que ayudase a evitar conflictos sociales asociados a la pérdida de la honra, la incapacidad económica para mantener a la criatura, la vinculación de un hijo ilegítimo a una familia nobiliaria o un miembro del clero, o la posibilidad de un hipotético abandono o infanticidio, el aborto pareció ser tolerado incluso en las fases avanzadas del embarazo. Como expone John Christopoulos en su estudio sobre el aborto en la Italia moderna: "in the sixteenth and seventeenth centuries, abortion remained widely sought, accesible, and generaly tolerated, because it benefited individuals and society and contributed to social order. Abortion was treated as a problem only when it benefited the wrong people" (9, p. 31).

BIBLIOGRAFÍA

1. (1805). Novisima recopilación de las Leyes de España: dividida en XII libros: en que se reforma la Recopilación publicada por el Señor Don Felipe II en el año de 1567, reimpresa últimamente en el de 1775, y se incorporan las pragmáticas, cédulas, decretos, órdenes y resoluciones Reales, y otras providencias no recopiladas, y expedidas hasta el de 1804, Vol. 4. Madrid, Imprenta Real. 8.8.

2. De Córdoba, Francisco. (1578) Tratado de casos de conciencia. Toledo, Imprenta Real.

3. Rodríguez, Antonio José. (1763). Nuevo aspecto de theologia medico-moral y ambos derechos o paradoxas phisico-theologico legales: obra critica provechosa a parochos, confessores y professores. Vol. 6. Zaragoza, Imprenta de Francisco Moreno.

4. Fáundes, Julia, y Defago, Mario. (2013). ¿Defensores de la vida? ¿De cuál" vida"? Un análisis genealógico de la noción de" vida" sostenida por la jerarquía católica contra el aborto, Sexualidad, Salud y Sociedad, 15, 10-36.

5. Zapata, Diego Matheo, (1733) Dissertacion medico-theologica, Madrid, Imprenta de la Real Capilla de su Magestad.

6. Spivack, Carla (2007). To bring down the flowers: the cultural context of abortion law in early modern England. Wm. & Mary J. Women & L., 14, 107.

7. Suárez de Rivera, Francisco (1740) Brevario médico y chyrurgico de nuevos y raros secretos. Madrid, Imprenta Real.

8. Suárez de Rivera, Francisco. (1731) Clave medico-chyrurgica universal. Vol 2. Madrid. Imprenta de la viuda de Francisco del Hierro.

9. Christopoulos, John (2021). Abortion in Early Modern Italy. Londres, Harvard University Press.

Psiquiatría y política sexual. Las actuaciones clínico-jurídicas sobre el divorcio en la España de los años veinte y treinta

Lola del Gallego
Instituto de Historia, CSIC
lola.delgallego@cchs.csic.es

&

Silvia Lévy
Instituto de Historia, CSIC
silvia.levy@cchs.csic.es

Con el propósito de construir un nuevo ordenamiento jurídico que permitiese modernizar el país y dejar atrás convencionalismos arcaicos, el Gobierno Provisional de la Segunda República elaboró un programa de actuación destinado a solucionar los tradicionales males de la patria (1). El Proyecto de Constitución Republicana recogía entre sus principales cambios el principio de laicidad, a partir del que se retiraba el presupuesto al Clero, al que se excluía de instituciones educativas y sociales, limitando su papel como gestor de la educación, la moral y la familia, que ahora pasaba a estar "bajo la salvaguardia especial del Estado" (2, pp. 1743). Se eliminaba así el carácter sagrado del vínculo conyugal, facilitando además un medio jurídico para su disolución. Así lo recogía el artículo 43 de la Constitución republicana "el matrimonio se funda en la igualdad de derechos para ambos sexos, y podrá disolverse por mutuo disenso o a petición de cualquiera de los cónyuges, con alegación en este caso de justa causa". En las Cortes Republicanas, la discusión sobre este punto fue controvertida (3). En el seno de estos debates, en este trabajo nos interesamos por el análisis sobre los presupuestos médicos que se esgrimieron a la hora de discutir sobre las causas de divorcio que se debían admitir en el Proyecto de Ley. "En una ley de divorcio sensata -argumentaba el psiquiatra César Juarros en octubre de 1931- será necesario dar beligerancia a un médico para descubrir estados latentes de enfermedades mentales" (2, p. 1758). El Proyecto de Ley, finalmente aprobado en las Cortes el 2 de marzo de 1932 (4), estuvo elaborado por el jurista Luis Jiménez de Asúa, asesorado en materia psicológica por el médico José Sanchis Banús, ambos socialistas y defensores de la modernización de las costumbres y de la reforma sexual (5).

Dentro del pensamiento higienista característico de las reformas republicanas, la disolución del matrimonio se relacionó con la construcción de un ambiente familiar más sano, óptimo no sólo para los cónyuges, sino para la educación y

la protección de los niños. En este sentido intervenía de nuevo Juarros en las Cortes: “Indiscutiblemente – y más en una Nación que se dispone a inaugurar un nuevo régimen-, toda la importancia radica en las generaciones futuras, no en las presentes. Puede haber casos en que convenga la separación de los padres, y otros, en que no convenga. Pretender establecer normas jurídicas fijas, por discretas que sean, para todos los casos, es salirse totalmente de la norma clásica de los médicos: no hay enfermedades, sino enfermos” (2, pp. 1758).

En el debate sobre las garantías jurídicas que la Ley de Divorcio debía ofrecer a la población, además de la preocupación por la infancia, la protección de la mujer ocupó un lugar central y controvertido, ya que introducía distinciones en el uso de la ley por razones de sexo, algo a lo que figuras como la diputada Clara Campoamor se oponía rotundamente. Las diferencias económicas, sociales y jurídicas que existían entre hombres y mujeres se esgrimieron como argumentos a favor de una defensa no igualitaria en el uso de la ley. Pero además, estas diferencias estuvieron a su vez marcadas por explicaciones médico-psiquiátricas sobre el psiquismo de las mujeres y su sexualidad.

Con el afán de prevenir trastornos mentales relacionados con la represión y la insatisfacción sexual, Sanchis Banús defendía el divorcio como herramienta de defensa para la mujer, a la que consideraba en desventaja, “obligada a recibir y admitir aquello que se le impone, sin el menor rasgo de libertad, ¿cómo podemos extrañarnos de que la mujer reaccione en el sentido histérico, si nosotros le cerramos el camino normal de reacción? Yo sostengo, no que entronizamos el histerismo, sino que anulamos el histerismo por causas de matrimonio, cuando nosotros damos a la mujer un medio legal de destruir el vínculo conyugal” (2, pp. 1762-1763). Sanchis Banús de hecho ya había argumentado anteriormente sobre la salud psicosexual de la mujer en su actuación como perito en un pleito canónico de nulidad matrimonial, en el que declaró que la práctica del *coitus interruptus* impuesta por el marido había ocasionado en la mujer una reacción de tipo neurótica debido al estado de nerviosismo y la ansiedad producida por una libido insatisfecha (6).

En este punto, resulta interesante pensar las intervenciones públicas de psiquiatras como Sanchis Banús o Juarros en la Cámara de los Diputados, como espacios privilegiados en los que defender su papel como garantes del orden mental, pudiendo además trasladar al plano colectivo y de reglamentación social su labor clínica y su interés profesional (7). De hecho, la valoración de los problemas sexuales en la génesis de la histeria y en general en la psicopatología de las mujeres tenía para entonces un importante recorrido en las actuaciones médico-psiquiátricas del país, a su vez influidas por la implantación del psicoanálisis. No es de extrañar por tanto, que a la hora defender en las Cortes el divorcio como herramienta terapéutica para la mujer, se usaran ideas psicoanalíticas (8).

En el estudio de las historias clínicas provenientes del consultorio privado que el psiquiatra Gonzalo Rodríguez Lafora mantuvo abierto en Madrid entre 1916 y 1936, se han encontrado numerosos casos en los que la separación conyugal formó parte de la pauta terapéutica para la mujer. La comprensión psiquiátrica

de la separación, el divorcio o, en su defecto, el aislamiento, reflejado en estas fuentes, supone un elemento de gran riqueza e interés, que nos permitirá comprender de forma más compleja una de las aristas del debate en torno a la legalización del divorcio en España y su defensa como medida de protección de la mujer. Con ello buscamos profundizar en los postulados médicos y de género que configuraron la clínica psiquiátrica relativa al divorcio, analizando además el paso de la intervención individual, al plano colectivo y de reglamentación jurídica, pudiendo en este proceso poner en diálogo y analizar las distancias entre aquello que se defiende públicamente -condicionado por intereses políticos, corporativistas y profesionales- y la escena médica de carácter privado, en la que supuestamente se ensayaban estas ideas sin el escrutinio político del Estado.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Este trabajo ha sido realizado en el marco del proyecto de investigación PID2023-151059NB-I00 financiado por MICIU/AEI/ 10.13039/501100011033 y por FEDER. Una manera de hacer Europa y de la Ayuda PREP2023-002050 financiada por MICIU/AEI /10.13039/501100011033 y por el FSE+.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno Tejada, Sara (2022), La Ley del divorcio de 1932. Entre la culpabilidad y la causalidad, Anuario de Historia Del Derecho Español, 91, 381-408.

2. Diario de Sesiones de las Cortes Constituyentes de la II República, 57, 15 de octubre de 1931.

3. Daza Martínez, Jesús (1992), La ley de divorcio de 1932. Presupuestos ideológicos y significación política, Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social, 1, 163-175.

4. Ley de 2 de marzo de 1932 sobre el divorcio, Gaceta de Madrid, 71, 11 de marzo de 1932, 1762-1767.

5. Huertas, Rafael y Novella, Enric (2013), Sexo y modernidad en la España de la Segunda República. Los discursos de la ciencia, Arbor, 189 (764). a090. doi: http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2013.764n6013

6. Sanchis Banús, José (1923). Acerca de los trastornos nerviosos originados en la mujer por la práctica sistemática del coitus interruptus y su patogenia. Los Progresos de la Clínica, 26, 196-230.

7. Huertas, Rafael (2002), Organizar y persuadir. Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española, Madrid, Frenia.

8. Lévy, Silvia y Huertas, Rafael (2018). From outrage to normalization to Normalization: Uses of psychoanalysis by the Spanish sexual reform movement (1920-1939), Cuadernos de Historia Contemporánea, 40, 33-49.

La menstruación en la divulgación médica. Los discursos en la España de 1920 a 1969

Elia Arce Isabel
Universidad Complutense de Madrid
Eliaarce@ucm.es

El estudio de la menstruación en la medicina española durante los años 50 y 60 puede ser abordado desde varios ámbitos. Por un lado, es necesario conocer los discursos preponderantes entre los médicos del momento, prestando atención a nuevas investigaciones y contenidos asentados previamente que seguirán circulando en ámbitos profesionales. Por otra parte, es interesante atender a qué discursos se divulgaban a la población general, por qué medios y con qué objetivos. Por último, se puede dar un paso más allá y poner el foco en las prácticas médicas per se, conocer las experiencias de doctores y pacientes cuando la presencia de la menstruación provocase un encuentro entre ambos. Aunque todos los aspectos son esenciales para hacer un recorrido completo alrededor de la relación medicina-menstruación, se trata de una tarea ambiciosa que no puede resolverse en pocas páginas. Así, esta comunicación se centrará en retratar los discursos presentes en la divulgación sobre la regla dirigida a un público no especializado.

Los discursos que encontramos en los años cincuenta, además de a su contexto, responden también a las herencias. Por ello, este trabajo comenzará analizando las narrativas que tuvieron lugar en las décadas de 1920-1930, y que consideramos tuvieron impacto en el contexto franquista. Se prestará atención, en todos los casos, a periódicos de tiradas nacionales y provinciales dirigidos al público general, así como, ya entrada la Dictadura franquista, a las revistas femeninas.

Las décadas de 1920-30 recogieron el mayor número de artículos publicados sobre cuestiones relacionadas con la regla. Esta proliferación se enmarcó en un contexto de preocupación cada vez mayor por cuestiones relacionadas con la sexualidad y la higiene, que en este momento se entendían vinculadas con la menstruación. Los periódicos recogían secciones de divulgación médica en la mayoría de sus números. También surgieron revistas de divulgación orientadas a un público no especializado, vinculadas a corrientes de investigación en boga como la epidemiología o el higienismo.

Un ejemplo de este tipo de columnas es “Medicina”, una sección del periódico *El Sol*, donde se publicaron entre 1921 y 1931 varios artículos íntimamente ligados al ciclo menstrual. A través de él podemos ver qué especialistas escribían, cómo se entendía la menstruación, desde qué perspectivas se abordaba en la Medicina

y qué consideraban que debía enseñarse a la sociedad. En su mayoría los autores eran ginecólogos, tocólogos o psiquiatras, y tenían un enfoque higienista. Destaca una clara preocupación por informar sobre qué hacer para favorecer una regla sana (1). Pero ¿qué se consideraba una regla sana y normal? ¿Y por qué les interesaba que las mujeres tuvieran una menstruación así?

Un periodo normal debía ser regular, de sangrado moderado, una "rutina dentro de la naturaleza'' (2). No se trataba de una secreción de fluidos, si no de un fenómeno más complejo con alteraciones físicas y emocionales determinantes en el desarrollo social de las mujeres: la menstruación "es el carácter más saliente, la función que domina durante toda la vida sexual de la mujer", expresaba Jerónimo Mur en la *Revista de especialidades médicas*, una de esas revistas de divulgación médica del momento (3). Esta percepción del ciclo como algo que involucra más factores que el sangrado es una concepción histórica, naturalizada en los discursos médicos consultados, pero aún en construcción durante estos años (4). La relación de la regla con las alteraciones psicológicas partía de una tradición decimonónica (incluso anterior) que mostraba la histeria como una enfermedad femenina, ligada a unos órganos reproductivos concretos. Sin embargo, no es hasta este momento cuando empieza a entenderse la menstruación como una "emoción sexual" (5). El Dr. Pedro Abadal directamente entendía que durante el periodo "pasa la mujer por una serie de estados con mayor o menor tendencia a trastornos sensoriales, cuyas manifestaciones más culminantes son las dolorosas, alterando de una manera profunda la psiquis de la mujer […]" (6). Por su parte, el Dr. José Alberto Palanca se preguntaba "¿Qué extraña alianza existe en las mujeres entre este período y la exaltación de las manifestaciones mórbidas de su psiquismo?" (7). Desde luego, el reciente descubrimiento de las hormonas apenas veinte años antes, así como la preocupación por las desviaciones de la mente (en ocasiones relacionadas con la criminalidad), contextualizan parte de este discurso médico.

Discurso que veía la menstruación como un fenómeno que, aún en circunstancias normales, significaba la alteración en la mente y el cuerpo de las mujeres, y, con todo ello, se reforzaban narrativas de diferencia de géneros en lo físico y lo emocional.

Conociendo ya cuál era la definición de una regla sana, cabe volver a la segunda pregunta inicial: ¿por qué les interesaba que las mujeres tuvieran una menstruación así? Se trata de una cuestión clave, ya que es el único punto donde las dos posiciones discursivas que se apreciaba en la divulgación médica de estos años disentían. Si bien la posición higienista estaba en boga entre la mayoría de los profesionales, algunos la abordaron desde una perspectiva más "radical". En el corpus de fuentes encontradas, destacan los artículos publicados por una revista de divulgación médica: *Acción naturista* (más tarde conocida como *La fisiatría*). Se trataba de la revista mensual oficial de la Sociedad Vegetariana Española. Publicada entre 1919 y 1934, popularizaba la práctica del vegetarianismo como modo de vida desde un punto de vista científico. En 1925 publicaron la Conferencia de la Dra. Sosnowska, directora de la Sociedad Vegetariana de Francia, cuyo título rezaba "La acción del vegetarianismo en las alteraciones de la menstruación en la joven y en la mujer" (8). En ella se reflejaban las bondades de la dieta vegetariana para paliar los problemas

menstruales, así como recomendaciones sobre qué hacer y qué no hacer durante la menstruación. Estas recomendaciones coincidían completamente con las promulgadas en la columna "Medicina", así como en otras publicaciones similares: comer bien, tomar el aire libre, no tener sexo durante la regla, no hacer ejercicio físico demandante, tener una higiene de la zona íntima exhaustiva… (de hecho, todas bebían de las investigaciones de la doctora alemana Maria Tobler) (2). Sin embargo, diferían en un punto: el motivo de problematizar las reglas anormales. Los médicos vegetarianistas definían las complicaciones, y en algunos casos mostraban preocupación por cómo las alteraciones podían suponer un problema para el desarrollo diario de las mujeres y sus entornos sociales, especialmente las complicaciones psicológicas (9, 8). En los artículos recogidos de *El Sol*, se ve una preocupación más específica: que esas mujeres no pudieran llevar a cabo "el cumplimiento de uno de los más elevados destinos de la mujer", es decir, ser madre (10). Aquí trasluce un elemento discursivo que será central en el franquismo, especialmente en las dos primeras décadas de la dictadura. Una mujer que no menstruaba correctamente estaba en riesgo de caer enferma y ser "inútil" (palabras del Dr. Luis Soler), pues al no poder reproducirse no cumplía con su papel en la sociedad (10). Como se aprecia en los años siguientes, será esta tradición de unir menstruación y reproducción la que se mantenga en el discurso médico hegemónico, en línea con las posiciones del Régimen de Franco (11).

Otra cuestión importante en las décadas posteriores, especialmente en los años sesenta en los que operará un cambio de óptica para el abordaje de la menstruación, la vemos en el título de la conferencia de la Dra. Sosnowska, que diferenciaba entre "la joven" y "la mujer". Esta separación implicaba que la menarquía no significaba socialmente ya, de facto, que las jóvenes estaban listas para parir. Esta distancia a lo largo de los años se irá definiendo cada vez más, y ya entrando en 1960 quedará el tema de la divulgación sobre el ciclo menstrual relegado a la sección de las adolescentes (12).

A lo largo de las décadas siguientes estos discursos divulgativos que fueron conformándose en torno a la menstruación son esenciales para comprender las posturas entre 1950 y 1969. Resulta imperativo estudiarlos en profundidad ya que después las fuentes disponibles caen en número precipitadamente. Entre 1937 y 1954 apenas se han encontrado artículos dedicados a la regla en revistas y periódicos de divulgación, posiblemente por la coyuntura bélica y posbélica del país. En los años siguientes, el número subió, aunque la regla no era apenas central, autocensurada al ser relacionada con el sexo. Con la generalización de la píldora anticonceptiva en los años sesenta se da un ligero aumento de referencias a la menstruación en las páginas de revistas femeninas, que tomaron el relevo de la divulgación de estos temas. Sin embargo, no se trataba de artículos con preocupaciones higienistas, si no condenatorios por su implicación en la libertad sexual (13).

Sin embargo, como conclusión podemos afirmar que la menstruación fue silenciada entre 1950-1969, y su divulgación médica experimentó una desaparición que aún se arrastra en España muchas décadas después.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aza, Vital (17-05-1931), El ciclo sexual femenino. Menarquia y menopausia, El Sol, 4.

2. Aza, Vital (26-1-1928), Cuidados e higiene de la embarazada, El Sol, Madrid, 8.

3. Jerónimo Mur y Ballabriga (1-7-1917), Higiene sexual de la mujer, Revista de especialidades médicas, 707-715.

4. McClive, Cathy (2005), Menstrual Knowledge and Medical Practice in Early Modern France, c. 1555-1761. En: Shail, Andrew; Howie, Gillian, eds., Menstruation, Hampshire, PalgraveMacmillan, pp. 76-89

5. Tadeo Campezano (9-9-1921), Doctrina psicosexual del histerismo, El Sol, 8.

6. Pedro Abadal (1-11-1928), Las manifestaciones dolorosas sintomáticas en la vida genital de la mujer, El Sol, 9.

7. José Alberto Palanca y Martínez Fortún (20-9-1928), El deseo de matar y el instinto sexual, El Sol, 10.

8. La acción del vegetarianismo en las alteraciones de la menstruación en la joven y en la mujer, Conferencia del 11-3-1925 de la Dr. Sosnowska (1-6-1927), Acción naturista, 102, 169-178.

9. Anónimo (1-7-1936), El mundo de mi mente, La fisiatría, 211, 203 – 210

10. Luis Soler (17-11-1927), Higiene que debe saber y practicar la mujer, con especial referencia a su aparato genital y funciones que le son propias, El Sol, 10.

11. Manuel Torrejón Ojeda (9-7-1955), Higiene, ejercicio físico y deporte en la mujer, Amanecer, 10.

12. Marila Chiozzi (31-7-1969), Viaje en torno a la mujer, Diario femenino, 9.

13. Dr. Zubizarreta (27-10-1967), MISS, 30, 65.

La sexología en transición. Una aproximación a los cuadernos *Convivencia* (1974-1979)

Mónica García Fernández
Universidad Autónoma de Madrid
monica.garciaf@uam.es

Esta comunicación pretende ser una primera aproximación a *Convivencia. Cuadernos de orientación sexual para la intimidad de la pareja*, publicación periódica de divulgación sexológica destinada al gran público y que se editó durante el tardofranquismo y la transición a la democracia, en un momento de construcción, transformación e institucionalización de la sexología como disciplina en España. Con el fin de analizar las continuidades y discontinuidades con el discurso sexológico del franquismo, el objetivo es identificar a los/as autores/as que contribuyeron a estos fascículos, así como las líneas de pensamiento principales. Los cuadernos incluyen, además, una sección de consultorio que es particularmente interesante para explorar las inquietudes de la población general, así como las respuestas de la revista en periodos de cambio.

Si bien la divulgación sexual no se extinguió durante el franquismo, sí que se trasformó considerablemente, interrumpiéndose el proceso de emergencia de una ciencia sexológica moderna en España. Sin embargo, en los últimos años de la dictadura asistimos a un renovado interés por el estudio y difusión de la ciencia sexual, en un contexto de transformación de las costumbres y normas sexuales, así como de preocupación por los problemas eróticos del matrimonio y de la juventud. De ahí que, desde finales de los años sesenta, asistamos a un éxito de manuales de educación sexual como *El libro de la vida sexual* de López Ibor, o a la aparición de colecciones e instituciones de sexología, como la revista *Cromosoma X: Revista de la generación* (se publicó entre 1964 y 1971), los *Cuadernos Genus*, o los propios cuadernos *Convivencia*, aquí analizados. Los *Cuadernos Genus*, que llevaban como subtítulo "Sexología, genética y psicología" estaban, además, vinculados al Instituto Genus, fundado en Barcelona en 1966 por Frederic Boix, quien también sería autor de libros de divulgación sexual (1, 2) y participaría en el equipo de *Convivencia* en calidad de psicosexólogo.

Tratándose de un primer acercamiento preliminar, esta comunicación aborda los primeros doce números de la revista (un total de 376 páginas), correspondientes a 1975 y 1976, que también se ofrecían encuadernados en un primer tomo. Con un precio de 45 pesetas y 40 páginas por número, cada fascículo abordaba un tema monográfico, además de otros artículos secundarios y una sección de consultas del público. La redacción de la revista se situaba en Madrid, en el número 112

de la Calle Goya, y estaba dirigida por José Antonio Valverde, conocido por otros libros de información sexual de la época, como *Las españolas en secreto* (1975) o *La ignorancia sexual de los españoles* (1979). Contaba con un equipo de redactores y asesores especialistas en, por solo mencionar algunos ejemplos, sexología, medicina y ginecología (Frederic Boix, Ramón Serrano Vicéns, Ángel Sopeña Ibáñez), psiquiatría (Abascal Echanove), derecho (Ignacio Careaga), moral religiosa (Antonio Aradillas, Benjamín Forcano), sociología (Amando de Miguel, Marcos Sanz Agüero), e incluso historia (Luis Alonso Tejada).

No sorprende ver algunos de estos nombres entre los asesores, en tanto que son algunos de los sospechosos habituales de la divulgación sexual del tardofranquismo. Esto incluye la presencia de sacerdotes como Antonio Aradillas o Benjamín Forcano, que se encuentran entre los católicos más progresistas que se preocuparon por tender puentes con la revolución sexual y las transformaciones culturales de los sesenta; también de juristas y otros "expertos", laicos y religiosos, que destacaron por su defensa del divorcio, como el propio Aradillas, Ignacio Careaga o Mabel Pérez Serrano, quien fue una de las fundadoras de la Asociación de Mujeres Separadas y una de las primeras activistas en defensa del divorcio y del cambio en la legislación matrimonial (3).

Lo que sí sorprende —o tal vez no— es la escasa presencia de mujeres en el equipo. De los 30 colaboradores, tan solo tenemos a cuatro mujeres: Nadette Foucart (psicosociología), María Luisa Herreros (psicoanálisis), Mabel Pérez Serrano (derecho matrimonial) y Flora Prieto Huesca (pediatría psicosomática). A ellas se suma una mujer, Consuelo Sánchez, entre las tres personas encargadas de la Redacción. En cualquier caso, estas mujeres apenas firman artículos en los doce números estudiados, aunque sí destaca la presencia de Nadette Foucart como la única mujer que participa consistentemente y con cierta entidad en la sección de consultorio.

Al frente, en calidad de asesor científico, estaba el sexólogo Efigenio Amezúa, quien sería uno de los responsables de la modernización de la sexología en la España del tardofranquismo y la democracia (4, 5), especialmente como uno de los fundadores y primeros directores del Instituto de Sexología (INCISEX) en 1975, de la Sociedad Española de Sexología en 1976 y, a partir de 1979, de la Revista Española de Sexología.

Publicados por la Editorial Sedmay de Madrid, llevaban el subtítulo de *Cuadernos de orientación sexual para la intimidad de la pareja*. Y, efectivamente, en sus doce primeros fascículos, la preocupación central es el matrimonio y la armonía y compatibilidad sexual de la pareja heterosexual. Los propios títulos de los doce primeros monográficos nos dan una muestra de esto y de los temas que resultaban de interés: "Los secretos de la frigidez", "La noche de bodas", "Las claves del orgasmo", "Ritmo y frecuencia sexual en el matrimonio", "Las calamidades de la impotencia", "Geografía erótica de la pareja", "La pareja ante la menstruación", "Proceso al adulterio", "Bases para una cultura sexual", "Causas del fracaso matrimonial", "Dominio y control en el acto sexual" y "Chequeo al método ogino".

De ese modo, vemos una continuidad con las inquietudes principales de la divulgación sexual tardofranquista (3): el matrimonio, la pareja heterosexual y, dentro de este ámbito, se va a dar relevancia a aspectos que ya venían siendo importantes, como el problema de la insatisfacción sexual femenina y el derecho de las mujeres al placer sexual. También vemos una continuidad en la centralidad que se da al amor como elemento integral de la sexualidad, que se separa de la procreación. Así, pese a que apenas se dedica espacio a la discusión abierta de métodos de control de la natalidad, tal vez porque todavía estamos en un periodo en el que la publicidad y venta de anticonceptivos no ha sido despenalizada, sí que se defiende una vivencia de la sexualidad con independencia de la procreación y se inserta en distintos artículos un discurso favorable a diferentes anticonceptivos. Sin embargo, también en lo que supone un elemento de continuidad, se insta a vincular la sexualidad con el amor (3), al tiempo que se previene contra las derivas excesivamente pornográficas que —aseguraban— se estaban observando en la sociedad española. En ese sentido, y como es de prever, no hay nada de transgresor en los números analizados.

Además, vemos ausencia de números monográficos dedicados a temas que podían ser más controvertidos, como la homosexualidad, la masturbación, la pornografía, el aborto, o las relaciones prematrimoniales, aunque sí son cuestiones que aparecen tanto en algunos artículos más breves de la revista como, sobre todo, en la sección de consultorio. Así, otras temáticas sobre las que se publican artículos de forma más esporádica quedan reflejados en algunos de sus títulos: “la masturbación en los jóvenes”, “respuestas a la curiosidad sexual de los hijos”, “relaciones prematrimoniales: aumenta la tolerancia”, “el aborto provocado”, “ocho normas para la embarazada”, “la curiosidad del niño por el sexo”, “la homosexualidad femenina”, “los celos en la relación amorosa”, “falsa homosexualidad”, “la mujer, víctima del matrimonio tradicional”, “diferencias típicas entre los dos sexos”, “la vergüenza sexual de la española”, “información sexual contra ñoñería y pornografía”, o “los prodigios de la cirugía plástica”.

La publicación de los cuadernos *Convivencia*, según manifiesta la propia revista en la introducción de su primer número, nace de la voluntad de “cubrir el vacío informativo de un tema tan importante y trascendente”, especialmente en un momento “en que nuestra sociedad se transforma, […] en que la cultura sexológica ha sido asaltada por intentos descabellados que han podido rozar la deformación, y en algunos casos la pornografía”. Por tanto, alimentan el recurso, nada novedoso, sino machaconamente repetido, de la necesidad de “aportar luz” y ciencia sobre un terreno aparentemente silenciado.

En cualquier caso, podemos concluir de forma provisional que, todavía en los doce primeros números de *Convivencia*, son mayores los elementos de continuidad con la divulgación sexual tardofranquista, tal y como ya ha sido estudiada en otras partes (3). Aún no apreciamos elementos de ruptura o un discurso que profundice en aspectos más controvertidos, pero es necesario continuar analizando la totalidad de la revista para comprobar si se fue produciendo un cambio a medida que avanzamos cronológicamente. Asimismo, concluimos con el convencimiento de que todavía hace falta una historia de la sexología en

España, un proyecto que seguramente habrá de ser colectivo. Esta debe ser una historia que sistematice la evolución de la ciencia sexual en nuestro país en su contexto político, cultural y científico. A la vez, debe ser una historia rigurosa que huya de simplificaciones y lugares comunes sobre las relaciones históricas entre religión, ciencia y sexualidad, sino que explore y aborde, como se ha hecho para otros ámbitos de la historia de la ciencia, las complejidades y matices del discurso religioso y en dictadura sobre la sexualidad.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Esta investigación ha sido posible gracias a un contrato RYC2022-037053-I, financiado por MICIU/AEI 10.13039/501100011033 y por el FSE+.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boix, Frederic (1972), Pero ¿sabemos qué es la educación sexual? Barcelona, Nova Terra.

2. Boix, Frederic (1976), De la repressió a la psicopedagogia sexual, Barcelona, Nova Terra.

3. García Fernández, Mónica (2022), Dos en una sola carne. Matrimonio, amor y sexualidad en la España franquista, Granada, Comares.

4. Landarroitajauregi, J. R. (2001), 25 años del Instituto de Sexología (Una conversación teórica con Amezúa, Anuario de Sexología, 7, 7-38.

5. Para todos La 2 (2011), El sexo, más allá del placer y la reproducción. Entrevista a Efigenio Amezúa, TV2: https://www.rtve.es/play/videos/para-todos-la-2/para-todos-2-efigenio-amezua/1071800/#

Ampliando significados sexuales en la transición. Las cartas de las lectoras de la revista contracultural-libertaria, *Ajoblanco.*

Ana Macaya Andrés
Universitat Autònoma de Barcelona-
Institut Historia Ciència
ana.macaya.andres@gmail.com

En enero de 1976 la revista contracultural-libertaria *Ajoblanco* (1974-1980) anunció el debut de la sección "Sexualidad" con la intencionalidad de "luchar de una vez por todas contra las publicaciones existentes en este campo, que perjudican notablemente el contexto sexual para fomentar una comercialización que puede conllevar graves problemas de falsa realidad informativa" (1, p.1). A continuación se proponía un cuestionario con el que recoger las experiencias de los/las lectores/as, convirtiéndose en una herramienta epistemológica de interés. El saber experto utilizado en los consultorios de las revistas libertarias de antes de la guerra civil, las cuales tenían como objetivo la formación en cuestiones como prevenir el embarazo o las enfermedades venéreas y la importancia del coito (2), en la transición parece tener otras funciones.

A través del análisis de las respuestas al cuestionario de 6 mujeres y el relato sobre sus experiencias sexuales, identificaremos bajo qué términos se establecieron las relaciones con el discurso experto o el proveniente de la esfera pública. Además, el uso de la perspectiva de género desde una mirada interseccional, atendiendo al origen rural o urbano de las cartas, nos ayudará a visibilizar las construcciones identitarias y las normativas de género y de sexualidad que operaron en la transición.

El objetivo de este trabajo es aportar nuevas fuentes para el estudio de las experiencias sexuales de las mujeres rurales y urbanas en la transición, para la diversificación de cada una de estas categorías identitarias. Es importante remarcar que fueron las propias mujeres las que se clasificaron en una u otra experiencia, y que, por tanto, la adoptaron en función de los significados que contenían las mismas en la transición, lo que quiere decir que tuvieron en cuenta los factores que intervinieron en el *proceso de urbanización* de España (3).

Este objetivo tiene su genealogía en las epistemologías feministas postestructuralistas (4), en las que se han considerado las categorías dicotómicas como problemáticas porque homogeneizan la diversidad de prácticas que las contienen. Para ello, usaremos una metodología que busca descentralizar el análisis institucional, lo que se ha llamado *historia desde abajo*, centrándonos

en las experiencias sexuales de las mujeres urbanas y rurales. Con ello, podremos profundizar en la comprensión del periodo de la transición a través de la sexualidad, algo que diversos autores (5) ya han demostrado relevante para la historia.

Las 6 respuestas a este cuestionario de *Ajoblanco* que serán analizadas han sido escogidas por ser las más completas y extensas y forman parte de un conjunto de 88 cartas fechadas, 16 de las cuales están escritas por mujeres, y que han sido ordenadas, archivadas y clasificadas, generando un código identificatorio que se usará para este trabajo, que consta del año seguido del orden cronológico en el total de cartas.

Los temas que usaron estas mujeres para explicar sus experiencias, son principalmente los que aparecían en el cuestionario y que, por tanto, se proponían desde la revista:

"Fecha, Nombre, Lugar, Edad, Sexo, Urbano/Rural, Profesión, Libros leídos, Información por parte de los padres: (menstruación, eyaculación, concepción, etc.), Primera masturbación: (edad), Opinión Virginidad, Opinión Homosexualidad, Opinión enfermedades venéreas, Opinión anticonceptivos, Opinión aborto" (6, p. 23)

Sin embargo, también aparecieron otros conceptos como, la *frigidez*, la *libertad* y/o *liberación* y el *trauma*. El uso de estos términos y las connotaciones que les dan para describir sus experiencias, configuran un archivo emocional e histórico que revela los procesos individuales que cada mujer elaboró para explicarse, pero también algunos de los significados que circularon y configuraron el desarrollo de la sexualidad e identidad de las mujeres en la transición.

En las cartas de las mujeres rurales, se relatan vivencias marcadas por una masturbación precoz, "se puede decir que empecé a los 5 conmigo misma" (carta 77_11), con relaciones heterosexuales antes del matrimonio (76_02, 77_11 y 77_12), con algún aborto "para mí ha sido *traumático*. Llegue a frenar una locura, a mi hijo en potencia" (77_11) y con relaciones homosexuales previas "yo me siento y soy una heterosexual, aunque ahora mi relación con gente de mi sexo ha desaparecido a la práctica, soy muy normal" (77_11).

Una de estas mujeres rurales también dice estar "*traumatizada* porque pensaba que era *frígida*" hasta que conoció a un "mulatito que me dijo que me movía muy bien, que excitaba de maravilla y que vamos, se lo pasaba bien conmigo" (77_12). La *frigidez* entendida como "un conjunto de experiencias o malestares que, insertas en el entramado de discursos, tecnologías y prácticas que conforman el dispositivo de la sexualidad, juegan un rol relevante en la construcción del deseo y las subjetividades como eróticas modernas" (7) se relaciona con el *trauma*.

Dos cuestiones relevantes salen así a la luz: la aportación de un nuevo uso del término *frigidez* y la incapacidad de dar placer en vez de la carencia del propio placer en la relación sexual, algo que se puede relacionar con la centralidad del placer en la masculinidad.

Por otro lado, la introducción del *trauma* como el impacto emocional que les suponía no dar placer, quizás debido a la importancia que tuvieron los discursos psicológicos en la conformación de la identidad de estas mujeres. Esto no parece suceder únicamente en mujeres rurales o en esta mujer en concreto, sino que en dos cartas de origen urbano, al responder sobre la *virginidad* también dicen que "Para contestar correctamente me faltan leer algunos libros de Freud y demás" (76_17) o que "soy virgen por motivos *psicológicos* o cabezonería, pero mis experiencias sexuales y eróticas me satisfacen" (76_10). La influencia del saber *experto* con la ideación de la identidad que elaboró cada mujer, se corresponde con las aportaciones que han hecho algunas autoras en el estudio de las relaciones entre psicología y feminismo (8).

Asimismo, en las cartas de las mujeres urbanas se muestra una falta de conocimiento en cuanto a la masturbación "aún no sé cómo se practica la masturbación" (76_17) o un no uso de esta técnica "nunca me he masturbado" (76_27).

Además, en este grupo de cartas el *trauma* vuelve a parecer en relación con la *virginidad*, configurándose como una barrera relacional *"*A mí personalmente me supuso un *trauma* hasta que la superé. (...) a ellas les diría que no tengan miedo de *liberarse*, haciendo el amor te encuentras mucho más segura de ti misma y de los demás, ves todo con más interés, en una palabra eres más tú misma" (76_27). La pérdida de la virginidad se relacionaba de forma directa con su *liberación*, siendo la ejecución del acto sexual un aspecto central. Esto también lo vemos en mujeres de origen rural: "tenía 20 años cuando me desvirgaron, fue doloroso, pero lo hicimos por tiempos, no sentí ningún placer, pero me sentía *libre*, universal, muy bien psicológicamente" (76_02).

Como vemos, tanto mujeres de origen rural como urbano presentaron una búsqueda activa del acto sexual, independientemente de la obtención de placer o las circunstancias y situaciones en que se desarrollaba, en la carta 76_02 de origen rural se explica que "Con 18 o 19 años, me fui por primera vez a la cama con alguien, *medio trompa* para tener ánimos y estar más tranquila y segura" o en otra de origen urbano que comentaba que "No intenten excusarme pensando que estaba borracha o drogada, qué va, yo tranquila y sabía muy bien lo que hacía, tampoco lo hice porque le quería, más bien lo despreciaba" (carta 76_01).

Asimismo, la gran presencia de la sexualidad en manuales de expertos, médicos, psicólogos o de consejo a la pareja (9), pero a la vez una falta de información por parte de los padres, como dijeron en las cartas nuestras protagonistas (76_01, 76_02, 77_10 y 77_11) pudo generar la sensación de una *falsa realidad informativa* como decía la revista. Esto quizás condicionó la comprensión sobre qué implicaba ser *experto en materia sexual,* a lo que hace referencia una mujer diciendo que "Yo al fin y al cabo solo tengo de virgen el himen, por lo demás puedo sentirme más puta (en el sentido de *experta*) que una puta" (carta 76_10).

Por último, la difusión de lo recogido en las cartas en *Ajoblanco* se hizo mediante la reproducción literal de alguna carta (10, p. 20) o con el uso del sarcasmo en una sección satírica (11, p. 19-30). El uso del humor parece ser una estrategia

utilizada en estos grupos libertarios y contraculturales, como lo demuestran algunos estudios que han abordado las formas de transmisión del conocimiento y de resistencia a la energía nuclear en estos grupos en los años 70 y 80 en la península (12).

En resumen, el estudio de estas cartas nos ha permitido desestabilizar los relatos monolíticos sobre la sexualidad femenina durante la transición y aporta comprensiones más complejas y matizadas sobre la sexualidad de la mujer rural y urbana. A su vez, estas subjetividades sexuales femeninas no solo fueron receptáculo de discursos dominantes, sino que también generaron espacios activos de reinterpretación, resistencia y resignificación.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN:

Este trabajo ha sido realizado en el marco del proyecto de investigación PID2023-151059NB-I00 financiado por MICIU/AEI/ 10.13039/501100011033 y por FEDER, UE.

BIBLIOGRAFÍA

1. (1976), “Editorial”, *Ajoblanco,* Núm. 8.

2. Cleminson, Richard. (2024). Anarquismo y homosexualidad. Antología de artículos de la revista Blanca, Generación consciente, estudios e iniciales (1924-1935). Madrid, Irrecuperables.

3. Morcillo Gómez, Aurora. (2015). En cuerpo y alma. Ser mujer en tiempos de Franco. Tritivillus Epub.

4. Adán, Carmen. (2006). Feminismo y conocimiento. Galicia: Espiral Maior.

5. Herzog, Dagmar. (2009). “Syncopated Sex: Transformating European Sexual Cultures”. *The American Historical Review,* 114 (5), 1287-1308.

6. (1976), “Sexualidad” *Ajoblanco,* Núm. 8.

7. García, Mónica (2023) “La insatisfacción sexual femenina, del franquismo al feminismo. Discursos, subjetividades y emociones”, *ARENAL*, 30 (1), 277-30.

8. Illouz, Eva (2007) Intimidades congeladas. Las emociones en el capitalismo. Argentina, Katz Editores.

9. García, Mónica (2022). Dos en una sola carne. Matrimonio, amor y sexualidad en la España franquista (1939-1975). Granada, Comares.

10. (1976). “Sexología”, Ajoblanco, Núm. 11.

11. (1977). “Respondieron”, Ajoblanco, Núm. 23.

12. Valentines Álvarez, Jaume; Macaya Andrés, Ana (2019) “Making fun of the atom: Humor and pleasant forms of anti-nuclear resistance in the Iberian Peninsula, 1974-1984”, *Centaurus*, 61, 70-90.

6.

JUICIOS POR ABORTO E HISTORIA DE LA SALUD REPRODUCTIVA

COORDINADORA

Agata Ignaciuk
Universidad de Granada
agataignaciuk@ugr.es

PRESENTACIÓN

La presente propuesta forma parte del proyecto de investigación "Juicios por aborto en la España democrática: derechos reproductivos, culturas materiales y culturas legales de la IVE (1970s-2000s) (LEGABO)" (PID2023-147989NB-I00) financiado por MICIU/AEI /10.13039/501100011033 y por FEDER, UE. El proyecto LEGABO examina la historia social y cultural de los juicios por aborto en España desde la segunda mitad de la década de 1970 hasta la legalización del aborto voluntario en 2010. Combinamos enfoques metodológicos de historia de la medicina, historia de género, antropología de la salud, historia y filosofía del derecho y humanidades digitales para recopilar y analizar, por una parte, las narrativas legales, médicas y mediáticas generadas durante los procesos judiciales relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo (en adelante IVE) y, por otra, los relatos de las personas proveedoras y gestoras de la IVE implicadas y los de sus letrados/as. Nos interesan los juicios y los debates mediáticos acerca de ellos como un espacio discursivo potencial para la incorporación al debate público y a la práctica sanitaria del concepto "derechos reproductivos", concepto que, en las décadas de 1980 y 1990, se encontraba en proceso de debate y consolidación internacional. Reflexionaremos, a su vez, sobre las implicaciones teóricas y metodológicas que conlleva la utilización de los procesos judiciales y las representaciones de los mismos como fuentes para la historia de la salud sexual y reproductiva, y sobre sus tendencias historiográficas recientes.

Historia de la planificación familiar desde la perspectiva de la justicia reproductiva: una revisión bibliográfica

Elisa Roncone
Universidad de Granada
elisaroncone@ugr.es

Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo analizar críticamente los estudios recientes sobre la historia de la planificación familiar (PF), en el marco de una investigación doctoral centrada en la historia de la implementación del concepto de los derechos reproductivos en España. Se analizan en este contexto, por un lado, las persistencias historiográficas —como la autonomía reproductiva descontextualizada— y, por otro, las ausencias clave, como la falta de acercamientos analíticos que conecten y entrelazen conceptos como género, raza, clase y poder. La pregunta central que guía la presente revisión es ¿cómo ha operado históricamente la PF como herramienta de emancipación y, al mismo tiempo, de control social en contextos marcados por desigualdades estructurales?

Las tecnologías y las prácticas de PF se encuentran entre los dispositivos biomédicos y sociales que afectan de forma diferencial a cuerpos y vidas racializadas, empobrecidas y no normativas. Desde las esterilizaciones forzadas en el Sur Global durante las décadas centrales del siglo XX (1), hasta los ensayos clínicos realizados en Sri Lanka durante los años sesenta del mismo siglo (2), o las políticas pronatalistas del franquismo español (1939-1975), que imponían una maternidad obligatoria y católica (3,4), la PF ha funcionado históricamente como una herramienta ambivalente. Por un lado, ha permitido a muchas mujeres tomar control y conciencia sobre sus cuerpos y proyectos de vida, por otro, ha sido empleada como dispositivo de control social, económico y racial.

Para analizar esta ambivalencia, el marco analítico de la justicia reproductiva es clave porque articula los derechos humanos desde la autodeterminación y, a la vez, constituye una práctica situada que cuestiona los discursos hegemónicos sobre la salud, el cuerpo y la reproducción. El concepto, desarrollado por mujeres racializadas en los años noventa del siglo XX, articula derechos y justicia social desde experiencias del Sur Global. Las activistas como Loretta Ross o el colectivo *SisterSong* formularon una crítica interseccional a los programas de PF, denunciando que estos las obligaban a tener menos hijos y, en algunos casos, les negaban por la fuerza el derecho a la maternidad. A raíz de estas críticas, las organizaciones de mujeres de los países del Sur Global empezaron a dudar del

énfasis que las feministas occidentales ponían en el aborto y la anticoncepción, o en el derecho a no tener hijos (5). En contraposición, subrayaron el derecho a la maternidad como parte fundamental de la autonomía reproductiva. Estas mujeres fueron pioneras en una visión de una justicia reproductiva que reconocía las conexiones entre las desigualdades de clase, raza y género y las injusticias reproductivas (1,5,7,8,9).

Las decisiones relacionadas con la reproducción no pueden entenderse aisladamente, ya que siempre se toman en un entorno social atravesado por desigualdades económicas y relaciones de poder. Por eso, como destaca Dorothy Roberts (10), hablar de libertad reproductiva no consiste en poner el foco en las decisiones individuales, sino en una cuestión profundamente ligada a la justicia social. Desde esta perspectiva, la PF puede analizarse desde un enfoque interseccional que critica y desmonta la idea de que existe un único modelo válido de maternidad, familia y decisión reproductiva — un modelo supuestamente neutral, pero en realidad centrado en las experiencias, valores y prioridades del mundo occidental, blanco y de clase media. Además, reclama transformaciones estructurales que contemplen género, raza, clase, sexualidad, migración y capacidad (5, 7, 8, 10).

Desde comienzos del siglo XXI, la historiografía sobre PF ha ampliado su enfoque, visibilizando cómo las tecnologías anticonceptivas se desarrollaron e institucionalizaron en contextos marcados por jerarquías coloniales y relaciones de poder (11). Para esta revisión se han seleccionado estudios académicos publicados a partir del año 2000 —producidos principalmente en el continente europeo y norteamericano— que abordan políticas de PF desde enfoques feministas, poscoloniales e interseccionales.

En territorios colonizados como Puerto Rico, la PF se implementó como parte de una estrategia imperialista que convirtió el control reproductivo en mecanismo de dominación colonial. Como señala Laura Briggs, desde inicios del siglo XX se promovieron métodos anticonceptivos —incluyendo esterilizaciones sin consentimiento— como forma de manejar la pobreza y la “hiperfertilidad” percibida de las mujeres puertorriqueñas (1). Estas mujeres, atravesadas por múltiples ejes de opresión, se convirtieron en cuerpos-laboratorios, objetivos de intervenciones eugenésicas.

Otra aplicación de injusticia reproductiva ha sido a expensas de las mujeres del Sur Global o racializadas, situadas en desventaja dentro de las jerarquías neocoloniales en la investigación y aplicación de anticonceptivos. Mientras en Sri Lanka se llevaron a cabo ensayos clínicos de anticonceptivos hormonales con mujeres pobres y con escasa educación bajo un marco biomédico occidental y con consentimiento limitado (2), el uso del anticonceptivo inyectable Depo-Provera fue especialmente dirigido a mujeres negras, migrantes, pobres, con diversidad funcional o psiquiatrizadxs en lugares como Sudáfrica, Reino Unido (1970-1983) o el sur de Estados Unidos, muchas veces sin consentimiento informado ni opciones alternativas (11).

Estas lógicas también estuvieron presentes en los programas internacionales promovidos por la ONU durante las décadas de 1960 y 1970. En el contexto europeo, la PF se institucionalizó desde los años cincuenta a través de redes transnacionales como la *International Planned Parenthood Federation* (IPPF) y el *Population Council,* impulsadas por élites médicas y políticas que compartían una visión neomalthusiana, así como intereses geopolíticos y económicos del Norte Global. Estas organizaciones no solo exportaron programas de control de la natalidad al Sur Global, sino que también actuaron dentro de Europa, promoviendo un modelo de modernización reproductiva centrado en la familia nuclear blanca y de clase media (7, 12). Bajo el discurso de los "derechos reproductivos", estos programas frecuentemente se dirigieron hacia mujeres migrantes, empobrecidas o esas percibidas como "tradicionales", reproduciendo desigualdades de género, clase y raza. La PF funcionó así como herramienta de gobernanza demográfica y de gestión de la pobreza, reforzando normas reproductivas heteronormativas y racistas, en vez de asegurar la autonomía corporal.

En el caso español, la historiografía reciente —especialmente los trabajos de Teresa Ortiz-Gómez y Agata Ignaciuk— revelan cómo los discursos biomédicos, legales y religiosos han jerarquizado cuerpos y subjetividades. Durante el franquismo, el régimen nacionalcatólico impuso un modelo de feminidad centrado en la maternidad, criminalizando tanto la anticoncepción como el aborto (3,4,13). Aún así, desde los años sesenta del siglo XX, comenzaron a emerger formas cotidianas de resistencia, como el uso de anticonceptivos y su diseminación dentro y fuera de los círculos sanitarios pese a la prohibición legal, así como discursos críticos impulsados por profesionales de la salud y activistas feministas, que progresivamente fueron debilitando el modelo dominante (15,16). Consultas públicas de PF surgieron incluso antes del 1978 (14,16). Según Ignaciuk y Villén Jiménez las mujeres —especialmente las más jóvenes y con experiencias previas de migración— lograron negociar espacios de autonomía dentro de un sistema patriarcal durante el tardofranquismo y la transición democrática. Incluso en zonas rurales y empobrecidas, ejercieron agencia sexual y reproductiva, desafiando las narrativas de sumisión impuestas por el régimen (17).

A partir de esta revisión bibliográfica, se propone examinar cómo se desarrolló el concepto de salud sexual y reproductiva en España durante los años ochenta y noventa del siglo XX. Este período, marcado por la transición democrática y profundas transformaciones sociopolíticas, constituye un terreno fértil para el análisis interseccional.

La propuesta de investigación parte de este marco historiográfico para abordar la institucionalización de la PF y de la atención a la salud sexual y reproductiva. Se centra en los procesos que facilitaron el acceso a servicios de PF, en el rol de los movimientos feministas y de lxs profesionales de la salud. A partir del análisis de fuentes legislativas, documentación sanitaria y archivos, se busca aportar a una historia situada y crítica de la salud reproductiva en España, desde una mirada de justicia reproductiva y con un enfoque interseccional, que enriquezca el marco analítico.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

La presente propuesta forma parte del proyecto de investigación “Juicios por aborto en la España democrática: derechos reproductivos, culturas materiales y culturas legales de la IVE (1970s-2000s) (LEGABO)” (PID2023-147989NB-I00) financiado por MICIU/AEI /10.13039/501100011033 y por FEDER, UE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Briggs, Laura (2002), Reproducing empire: Race, sex, science, and U.S. imperialism in Puerto Rico. Berkeley: University of California Press.

2. Thoradeniya, Darshi (2018), Birth control pill trials in Sri Lanka: The history and politics of women’s reproductive health (1950–1980). Social History of Medicine, 33(1), 268–287.

3. Ignaciuk, Agata (2018), Love in the time of El Generalísimo: Debates about the pill in Spain before and after Humanae Vitae, 1945–1975. In A. Harris (Ed.), The schism of ’68: Catholicism, contraception and Humanae Vitae in Europe (pp. 229-250). Cham: Springer International Publishing.

4. Ortiz-Gómez, Teresa, & Ignaciuk, Agata (2018), The fight for family planning in Spain during late Francoism and the transition to democracy, 1965–1979. Journal of Women’s History, 30(2), 38–62.

5. Ross, Loretta, & Solinger, Rickie (2017), Reproductive justice: An introduction. Oakland, CA: University of California Press

6. Andaya, Elise (2014), Conceiving Cuba: Reproduction, women, and the state in the post-Soviet era. New York: Rutgers University Press.

7. Bracke, Maude A. (2022), Women’s rights, family planning, and population control: The emergence of reproductive rights in the United Nations (1960s–70s). The International History Review, 44(4), 751–771. https://doi.org/10.1080/07075332.2021.1985585

8. Bracke, Maude A. (2023), Contesting ‘Global Sisterhood’: The Global Women’s Health Movement, the United Nations and the Different Meanings of Reproductive Rights (1970s–80s). Gender & History, 35(3), 811–829. https://doi.org/10.1111/1468-0424.12718

9. Drucker, Donna J. (2020), Contraception: A concise history. Cambridge, MA: The MIT Press.

10. Roberts, Dorothy (2000), Killing the black body. New York: Vintage Books.

11. Rusterholz, Caroline & Kelly, Laura (2024), Depo-Provera, class, race, and the domiciliary family planning services in Glasgow and Haringey, 1970–1983. The Historical Journal, 1–23. https://doi.org/10.1017/S0018246X24000347

12. Connelly, Matthew Connelly (2009), Fatal Misconception: The Struggle to Control World Population. Boston: Harvard University Press.

13. Ortiz-Gómez, Teresa (2014), Conocer el propio cuerpo para acabar con el patriarcado: Publicaciones feministas sobre salud en España durante la Transición democrática. In Medicina y poder político: Actas del XVI Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina. Madrid: SEHM, 259–263.

14. Ignaciuk, Agata, Ortiz-Gómez, Teresa & Rodríguez-Ocaña, Esteban (2014), Doctors, women and circulation of knowledge on oral contraceptives in Spain: 1940s–1970s. In T. Ortiz-Gómez & M. J. Santesmases (Eds.), Gendered drugs and medicine: Historical and sociocultural perspectives (pp. 133–152). Farnham: Ashgate.

15. Rodríguez-Ocaña, Esteban, Ignaciuk, Agata & Ortiz-Gómez, Teresa (2012), Ovulostáticos y anticonceptivos: El conocimiento médico sobre “la píldora” en España durante el franquismo y la transición democrática (1940–1979). Dynamis, 32(2), 467–494. http://hdl.handle.net/10481/22064

16. Ortiz-Gómez, Teresa & Ignaciuk, Agata (2018), Historia de la anticoncepción e historia oral: Una revisión bibliográfica. Dynamis, 38(2), 293–302.

17. Ignaciuk, Agata & Villén Jiménez, Alba (2018), ¿Una pequeña revolución sexual? Experiencias de sexualidad y anticoncepción de mujeres andaluzas entre los años cincuenta y ochenta del siglo XX. Dynamis, 38(2), 303–331.

El juicio de Pamplona (1987-1990): un litigio estratégico contra la implementación del aborto legal en España

Agata Ignaciuk
Universidad de Granada
agataignaciuk@ugr.es
&

Mikel Astrain
Universidad de Granada
mastrain@ugr.es

En julio de 1985 fue aprobada la despenalización parcial del aborto y la correspondiente orden ejecutiva que regulaba su práctica en los centros sanitarios, que, de forma indirecta, limitaba esta a la realización de las interrupciones voluntarias del embarazo (IVEs) en los centros hospitalarios. Durante la vigencia de la orden se practicaron los primeros abortos legales en algunos hospitales públicos españoles, pero su muy limitada incidencia motivó una posterior reforma que en noviembre de 1986 posibilitó la práctica de la IVE en centros privados autorizados para ello (1).

Nuestra ponencia analiza la historia algunos de estos primeros abortos legales, y más concretamente en su persecución judicial y mediática. Concretamente, examinamos el proceso judicial que siguió al primer aborto realizado en el Hospital Virgen del Camino de Pamplona, promovido por la organización "pro-vida" *Acción Familiar* entre 1987 y 1990. Argumentamos que este juicio fue un ejemplo de litigación estratégica que el movimiento incipiente "pro-vida" articuló como estrategia para desalentar a los profesionales sanitarios a realizar abortos en el ámbito hospitalario público. Nuestra reflexión se basa en fuentes judiciales, la prensa nacional y local, así como publicaciones internas de *Acción Familiar* y entrevistas personales a las médicas y el médico procesado.

Acción Familiar, una organización católica fundada en 1978, contaba a finales de la década de 1980 con al menos siete filiales locales. Entre ellas destacaba, por su nivel de actividad, la filial navarra, que publicaba el boletín interno *Hojas de Acción Familiar*, además de ofrecer servicios asistenciales como cuidados de la infancia y personas mayores y formación y asesoramiento sobre fertilidad y paternidad responsable en clave católica conservadora. En la década de 1980, *Acción Familiar* tomó el liderazgo en la promoción de litigios estratégicos para limitar y torpedear la recién aprobada ley de 1985, que incluyeron, además del juicio de Pamplona, un contencioso administrativo que la organización promovió contra el decreto que flexibilizó los requisitos de centros sanitarios en los que se

pudieran practicar abortos legales, haciendo posible autorizar las clínicas para llevar a cabo abortos de bajo riesgo. Aunque Acción Familiar se representaba como organización aconfesional e independiente (2), medios de comunicación contemporáneos destacaron los estrechos vínculos que mantenía con el Opus Dei (3,4).

Elisa Sesma, una joven ginecóloga con una ya dilatada trayectoria de activismo en planificación familiar, practicó el primer aborto legal en Navarra el 16 de octubre de 1985. Sesma formaba parte de un equipo de ginecólogos comprometidos con los derechos reproductivos y la aplicación de la ley de 1985 en la sanidad pública. Elisa Sesma, Marí Cruz Landa y Pablo Sánchez Valverde (con la colaboración, en algunos casos, de la doctora Paz Osejo), trabajaron juntos practicando abortos legales en el hospital público Virgen del Camino de Pamplona bajo los requisitos marcados por la ley de 1985 y su primer marco de implementación. Dos profesionales de la medicina elaboraban los informes justificativos de las condiciones para la interrupción legal del embarazo que posteriormente aprobaba la comisión hospitalaria, mientras que el tercero realizaba la intervención quirúrgica (5).

El equipo de Sesma, Cruz Landa y Sánchez Valverde realizaron menos de una docena de abortos, todos ellos motivados por la cláusula de salud materna y malformaciones fetales y que *Acción Familiar* observó con lupa, buscando triquiñuelas legales con el objeto de presentar denuncias judiciales que acabaron desembocando en un delirante proceso judicial y mediático que hizo posible el cuestionamiento del recién aprobado decreto de legalización del aborto, tal y como la organización perseguía. Así, el 18 de junio de 1986, el abogado *de Acción Familiar*, José Pardinas, presentó una denuncia penal por el segundo aborto que realizaba el equipo de ginecológico del Virgen del camino, certificado por Sesma y Cruz Landa y practicado por Sánchez Valverde (6). La intervención, que tuvo lugar el 21 de febrero de 1986 (7) en el hospital público, afectó a una mujer de 19 años que solicitó la interrupción del embarazo por haber estado expuesta a varias sesiones de radiación abdominal al principio de su embarazo. La querella criminal incluía a los tres médicos, así como al director del hospital (8, 9, 10), Jesús Manuel Carpintero Navarro, y a la propia paciente, aunque la ley de 1985 eliminó la responsabilidad penal de las mujeres sometidas a interrupciones en centros médicos. Posteriormente, como veremos, el juez declaró el sobreseimiento de los cargos contra Carpintero y la propia paciente.

La demanda, basada en gran medida en recortes de prensa, utilizaba las manidas metáforas genocidas, que construían la personalidad fetal de los llamados “ejecutados” a través de la “macabra misión”, causa de una mala praxis médica y científica que defendía que la “simple exploración radiológica” causaba defectos sobre los fetos. El juicio, que prosperó a pesar de que el fiscal pidió reiteradamente el sobreseimiento de los cargos (7,11), se centró en el debate sobre la cuestión del impacto de la radiación en el desarrollo del feto. La defensa movilizó una cohorte de expertos locales e internacionales que afirmaron que la radiación recibida no era de entidad suficiente para provocar las malformaciones. El debate, también, estuvo en la calle, con manifestaciones “provida” y proderecho al aborto durante

los días de celebración de los mediáticos juicios (12). El caso fue ampliamente cubierto por la prensa nacional y vigilado de cerca por el Instituto de la Mujer, cuyos archivos conservan un dossier de recortes de prensa sobre este y otros juicios por aborto posteriores a la despenalización. El juicio, como es sabido, terminó en enero de 1990 con la absolución de los tres profesionales médicos, aunque ya habían sido objeto de una persecución personal directa (igual que su entorno cercano) mediante octavillas, pintadas y grafitis de grupos "pro-vida" sin identificar incluso una vez había terminado el juicio (13).

Durante la rueda de prensa que *Acción Familiar* ofreció tras la sentencia el abogado José Ramón Pardinas afirmó que la organización "alcanzó sus objetivos" (14). Estos, según Pardinas, se basaron en el refuerzo de la percepción social de las tres condiciones que amparaban el aborto legal como excepciones, en el señalamiento de la práctica de los acusados como "imprudente" y en el consabido apoyo de los tribunales de justicia. Lo que sí consiguió la organización católica fue el señalamiento de los primeros médicos imputados por abortos practicados en un hospital público (Iturbide, 1990). "Cualquiera que sea el resultado de este procesamiento es indudable que servirá para que la sociedad española aumente, en alguna medida, su sensibilidad por este importante problema", se leía en el boletín de *Acción Familiar* en 1987 (15). Para entonces, los médicos procesados pusieron fin a su práctica del aborto en el hospital Virgen del Camino, argumentando falta de apoyo a las pacientes y hostilidad extrema por parte del personal del hospital (5). Ese mismo año, todos los centros de planificación familiar de la Comunidad Foral de Navarra decidieron dejar de gestionar las solicitudes y derivaciones de prestaciones de abortos (3). El objetivo de *Acción Familiar* era, en definitiva, "paralizar, crear miedo" (5), y la organización se enorgullecía de haber frenado eficazmente el acceso al aborto legal en la región, una situación que perduró hasta la posterior reforma de la ley del aborto en 2010, fecha en la que se abrió la primera clínica y se consiguió la progresiva integración del aborto farmacológico en el sistema sanitario navarro.

En este sentido, el juicio de Pamplona constituyó un litigio estratégico para el movimiento "pro-vida," que pretendía señalar proveedores de la IVE e intimidar a otros profesionales dispuestos a asumir la tarea. Sin embargo, este y otros juicios por aborto que han sido poco abordados y que esperamos poder explorar en futuros trabajos, sirvió también de foro para reformular demandas de ampliación de supuestos para el aborto legal y diseñar medidas para su mayor implementación en el sistema sanitario público. Todo ello no afectó, finalmente, a la regulación legal del derecho o a la concentración de la práctica de la IVE en centros privados y, en algunas comunidades autónomas, concertados, que se mantuvo estable al menos hasta 2010 (1).

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

La presente propuesta forma parte del proyecto de investigación "Juicios por aborto en la España democrática: derechos reproductivos, culturas materiales y culturas legales de la IVE (1970s-2000s) (LEGABO)" (PID2023-147989NB-I00) financiado por MICIU/AEI /10.13039/501100011033 y por FEDER, UE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sethna, Christabelle, Davis, Gayle, Ignaciuk, Agata (2024), Conflict and Compromise: Abortion Law Reform in Britain, Canada, and Spain, 1960s–1980s, Health and History, 24(2), 30–50.

2. Acción Familiar es una ONG (1997), Hojas de Acción Familiar, 65, 4.

3. Laquidain, Joaquin (1990), Comienza en Pamplona el juicio contra los tres ginecólogos que realizaron un aborto legal, El Independiente, 24 enero.

4. Salas, Elena (1990), Tres ginecólogos serán juzgados por un presunto delito de aborto ilegal, Diario 16, 12 enero, 10.

5. Entrevista personal de Agata Ignaciuk con Elisa Sesma y Marí Cruz Landa,16 de junio de 2023, Google Meet.

6. Apoyo oficial a los tres médicos que van a juicio en Pamplona (1990), El Periódico, 23 enero.

7. Muez, Mikel (1990), Pamplona, dividida ante el juicio de los médicos abortistas, El País, 22 enero.

8. Albalat, J. G. (1990). El juicio a los tres médicos por aborto llega hasta la OMS. Centro de Documentación del Instituto de la Mujer, IM-LI1668, f. 25.

9. La espada del aborto. [Editorial], (1987), El País, 3 noviembre.

10. Querella criminal contra los Señores Sánchez Valverde y Carpintero, Acción Familiar (1986). Archivo personal de Elisa Sesma.

11. Documentación sobre el juicio por aborto de Pamplona. (1989). Asamblea de trabajadores y trabajadoras de los Centros de Planificación Familiar de Navarra. Archivo personal de José Ángel Lozoya.

12. Altuna, Cristina (1990), Jóvenes Pro-Vida y colectivos favorables al aborto estuvieron más de 5 horas concentrados furente a la Audiencia Provincial. Diario de Navarra, 25 enero.

13. Siguen llamando ‘asesinos’ a los ginecólogos absueltos, (1990), Egin, 8 febrero

14. Acción Familiar no recurrirá la sentencia del juicio del aborto, (1990), Diario de Navarra, 8 febrero.

15. El caso del segundo aborto ‘legal’ realizado en Pamplona, (1987), Hojas de Acción Familiar, 6, 2–3.

Entre el punitivismo y la medicalización: socio-historia del aborto autogestionado en España (1985-2022)

María Mundi-López
Universidad de Granada y École des Hautes Études en Sciences Sociales
mariamundi@ugr.es

El aborto autogestionado es aquel llevado a cabo mediante fármacos fuera del sistema formal de salud y sin supervisión médica directa (1). Entre los medicamentos que pueden provocar una interrupción del embarazo hay dos recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y que forman parte de su lista de medicamentos esenciales desde 2005: la mifepristona y el misoprostol (2). Existe una sólida evidencia sobre la seguridad y eficacia de la autoadministración del aborto por medicamentos que, con la información e insumos adecuados, mejora el acceso al aborto de calidad, sobre todo en contextos legalmente restrictivos (3–5). Desde inicios del siglo XXI, se han constituido grupos y redes feministas locales y transnacionales que proporcionan información, acompañamiento y/o fármacos a mujeres de distintos puntos del planeta, asegurando el acceso seguro a la interrupción del embarazo en aquellos lugares donde persisten restricciones a su práctica (6,7).

Tanto dentro como fuera de España, el aborto farmacológico ha sido objeto de controversia política, médica y social desde que la mifepristona —primer medicamento desarrollado exclusivamente para este fin— fuese presentada en Francia en 1982 (8,9). Todos estos debates se centraron en la posición que el aborto farmacológico debía ocupar en el sistema de salud; en sus principales efectos para la salud de las mujeres; y en sus implicaciones sobre la calidad moral de la sociedad española (9). El caso de Brasil alcanzó el debate médico internacional por la proliferación del uso de misoprostol para abortos clandestinos desde finales de la década de 1980 (10,11). Sin embargo, la posibilidad del empleo de esta técnica fuera de marcos institucionales no llegó al debate público español hasta mediados de la década de 2000, tras la cobertura mediática de varios casos de venta ilegal de misoprostol y de abortos autogestionados principalmente por mujeres migrantes (12,13). Aunque no existen estudios cuantitativos que midan su grado de extensión en el Estado español, estas prácticas persisten a pesar de encontrarse penalizadas en todas las regulaciones legales de interrupción del embarazo desde 1985 (14–16).

La investigación en curso que presento aquí pretende explorar la historia reciente del aborto autogestionado en el Estado español, así como de los discursos y repercusiones penales que desencadenó desde inicios de la década de los 2000

hasta la actualidad. Para ello, me centraré en dos estudios de caso. El primero es la cobertura mediática que se dio a los primeros casos de judicialización del aborto autogestionado, encarnados en la figura de la mujer migrante latinoamericana como representación mediática del aborto «irresponsable» (17). El segundo es el caso del bloqueo por parte del Ministerio de Sanidad 2020 de la página de la organización *Women on Web* en 2020, que tuvo lugar sin orden judicial. La web en cuestión envía información y medicamentos para la autogestión del aborto a las mujeres que lo solicitan. La actuación del Ministerio de Sanidad convirtió a España en el único país europeo en censurar a esta organización (18). Entre las fuentes a analizar, se incluyen fuentes documentales (artículos de prensa, sentencias por aborto ilegal, publicaciones médicas y activistas, documentos de la Agencia Española del Medicamento) y entrevistas con distintos actores (aunque aún no ha sido posible contar con la participación de mujeres que llevaron a cabo un aborto autogestionado).

Los casos de estudio permitirán explorar de qué manera la configuración histórica de la implementación de la interrupción voluntaria del embarazo en España, cimentada en el paradigma médico-legal (19), pudo crear vacíos asistenciales imponiendo barreras al acceso al aborto. Estas barreras, sumadas a otras, como la limitación del acceso de las migrantes al Sistema Nacional de Salud (20); su discriminación una vez dentro del mismo (21); o la falta de información oficial sobre los procesos institucionales de acceso al aborto (22), pudieron exacerbar el problema de acceso, favoreciendo las prácticas autogestionadas (23). Además, la censura de páginas que pueden constituir una vía segura de información y fármacos favorece la deriva de la demanda a negocios clandestinos que se lucran de estos vacíos asistenciales. Esta situación supone un riesgo para la salud de estas mujeres (13) que, además, son penalizadas por la ley y puestas en el centro del foco mediático. La respuesta que este paradigma médico-legal ofrece al vacío asistencial, es entonces tanto la revictimización de las personas más desfavorecidas como la negación de sus derechos reproductivos pretendidamente reconocidos por la ley.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Me gustaría agradecer al Centro para la Investigación Interdisciplinar de Bielefeld (ZiF) y a todas mis compañeras del grupo de investigación *Translocal Networks for Feminist Self-Managed Abortion in the Americas and Europe Transforming Law, Health and Culture Through Activism and Scholarship* – en especial a las organizadoras Mariana Prandini Assis y Nayla Luz Vacarezza –, por las horas de debate y reflexión que permitieron nutrir este proyecto. La presente propuesta forma parte del proyecto de investigación “Juicios por aborto en la España democrática: derechos reproductivos, culturas materiales y culturas legales de la IVE (1970s-2000s) (LEGABO)” (PID2023-147989NB-I00) financiado por MICIU/AEI /10.13039/501100011033 y por FEDER, UE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wainwright, Megan, Christopher J. Colvin, Alison Swartz, y Natalie Leon, (2016), «Self-Management of Medical Abortion: A Qualitative Evidence Synthesis», *Reproductive Health Matters,* 24 (47), 155-67.

2. Suh, Siri (2021), A Stalled Revolution? Misoprostol and the Pharmaceuticalization of Reproductive Health in Francophone Africa, Frontiers in Sociology*,* 6, 590556.

3. Dzuba, Ilana G., Beverly Winikoff, y Melanie Peña (2013), Medical Abortion: A Path to Safe, High-Quality Abortion Care in Latin America and the Caribbean, The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care: The Official Journal of the European Society of Contraception, 18, (6), 441-50.

4. Moseson, Heidi, Ruvani Jayaweera, Ijeoma Egwuatu, Belén Grosso, Ika Ayu Kristianingrum, Sybil Nmezi, Ruth Zurbriggen, et al (2022), Effectiveness of self-managed medication abortion with accompaniment support in Argentina and Nigeria (SAFE): a prospective, observational cohort study and non-inferiority analysis with historical controls, The Lancet. Global Health, 10, (1), e105-13.

5. World Health Organization, (2022), WHO recommendations on self-care interventions. Self-management of medical abortion, 2022 update*,* Ginebra, Human reproduction programme.

6. Braine, Naomi, y Marissa Velarde (2022), Self-Managed Abortion: Strategies for Support by a Global Feminist Movement, Women's Reproductive Health 9, (3), 183-202.

7. Fernández Vázquez, Sandra Salomé, y Lucila Szwarc (2018), Aborto medicamentoso. Transferencias militantes y transnacionalización de saberes en Argentina y América Latina, RevIISE: Revista de Ciencias Sociales y Humanas 12, 163-77.

8. Clarke, Adele, y Theresa Montini (1993), The Many Faces of RU486: Tales of Situated Knowledges and Technological Contestations, Science, Technology, & Human Values, 18, (1), 42-78.

9. Mundi-López, María, Mifepristona (RU486): ciencia y controversias en torno a la introducción de la píldora abortiva en España (1982-2000), Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam (próxima publicación).

10. Prandini Assis, Mariana, y Joanna Erdman (2021), In the Name of Public Health: Misoprostol and the New Criminalization of Abortion in Brazil, *J*ournal of Law and the Biosciences, 8, (1), lsab009.

11. Lopes Oliveira, Thayane (2023), "De revolução da medicina a vilão social": o caso do misoprostol no Brasil, 1986 a 1998, Tesis doctoral, Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.

12. El Mundo (17 de marzo de 2000) Un medicamento que usan inmigrantes para abortar produce malformaciones.

13. EFE, (8 de agosto de 2023) Detenida una pareja por vender a través de Internet medicamentos para abortar en casa, El Mundo.

14. Castello Starkoff, Paula (2009), Migrantes en Barcelona: Salud sexual y salud reproductiva entre los derechos y las experiencias migratorias de mujeres ecuatorianas y bolivianas, Beca Formación Permanente de la Fundación Carolina con aval del Área de Migración del CIIMU.

15. Triviño Caballero, Rosana (2010) Mujeres migrantes y misoprostol: aborto privado, escándalo público, Dilemata 4, (10), 31-44.

16. Vargas, Yamila A., y Raquel Casares (2010), Necesidades de salud sexual reproductiva entre mujeres inmigrantes en San Juan (Puerto Rico), Madrid (España) y Nueva York (EE.UU): Anticoncepción y Embarazo No Deseado, Consorcio Latinoamericano contra el aborto inseguro.

17. Belaza, Mónica Ceberio (13 de enero de 2007), Falta conciencia entre las inmigrantes de la importancia de la anticoncepción, El País.

18. Reguero Ríos, Patricia, (12 de febrero de 202), Arabia Saudí, Irán y España: estos son los países que han bloqueado una web que informa sobre cómo abortar», El Salto.

19. Assis, Mariana Prandini, y Joanna N. Erdman (2022), Abortion rights beyond the medico-legal paradigm, Global Public Health, 17, (10), 2235-50.

20. Grande Gascón, María Luisa, Manuel Linares Abad, Carmen Álvarez Nieto, y Guadalupe Pastor Moreno (2011), El abordaje de la salud sexual y reproductiva en mujeres inmigrantes desde un enfoque de género, Cultura de los cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades, 30, 45-51.

21. Román-López, Pablo, María del Mar Palanca-Cruz, Ainhara García-Vergara, Francisco J. Román-López, Sergio Rubio-Carrillo, y Alba Algarte-López, (2015), Barreras comunicativas en la atención sanitaria a la población inmigrante, Revista Española de Comunicación en Salud, 6 (2), 204-212.

22. L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius (2020), El acceso al aborto voluntario en el Estado español: principales barreras, Population Council y Gynuity Health Projects.

23. Adler, A., M. Antonia Biggs, S. Kaller, R. Schroeder, N. Prata, K. Scott, y L. Ralph (2025), The association of experiences of medical mistrust and mistreatment and ever considering self-managing an abortion, Contraception, 141, 110697.

24. Nogueira, Charo (28 de noviembre de 2006) La mitad de las extranjeras que aborta no emplea anticonceptivos, según un estudio, El País.

Mujeres ante la ley: los casos de aborto, infanticidio y abandono en Colombia a través de los expedientes judiciales del Juzgado Superior de Ibagué 1905-1966

Ángela Lucía Agudelo-González
Universidad del Tolima
alagudelog@ut.edu.co

Esta ponencia analiza las experiencias de mujeres que enfrentaron procesos judiciales por aborto, infanticidio y abandono infantil en el departamento del Tolima, Colombia durante el período que abarca desde 1905 hasta 1966. El objetivo es comprender cómo estas prácticas, consideradas transgresiones a la norma, fueron negociadas y significadas en un contexto profundamente marcado por agudas desigualdades sociales, la influencia de la moral católica en la vida cotidiana y en las instituciones, y el proceso de medicalización de la maternidad. De igual manera, Colombia en este período se caracterizó por una transformación socioeconómica, impulsada por la industrialización, un incipiente crecimiento demográfico y un flujo constante de migraciones desde las zonas rurales hacia los centros urbanos, fenómenos que reconfiguraron las estructuras familiares y sociales, y con ello, las presiones y decisiones alrededor de la reproducción (1–3).

La investigación se sustenta en el análisis cualitativo de veinticinco expedientes judiciales provenientes del Juzgado Superior de Ibagué. Este tribunal actuaba como segunda instancia dentro del sistema judicial colombiano de la época, lo que implica que los casos ya habían pasado por una primera instancia. Los documentos se caracterizan por una riqueza de detalles y argumentaciones tanto por parte de la fiscalía como de las acusadas. A través de estas fuentes, se buscó reconstruir las trayectorias individuales de las mujeres procesadas, identificando no solo los patrones recurrentes en su criminalización, sino también las diversas estrategias que emplearon, ya sea de confrontación, adaptación y negociación frente a las rígidas estructuras normativas y morales imperantes (4,5).

Desde una perspectiva metodológica, este estudio se apoya en las herramientas conceptuales y analíticas de la historia social. Se pone énfasis particular en el análisis de contenido de las fuentes judiciales, entendiendo estos expedientes no como meros registros objetivos de los hechos, sino como narrativas complejas, construidas y mediadas por relaciones de poder intrínsecas al sistema legal y social (6,7). Estas fuentes me permitieron examinar de manera crítica tanto las acciones y decisiones de las mujeres implicadas -sus voces, aunque filtradas,

emergen en declaraciones, testimonios y argumentos de defensas- como las respuestas institucionales. Estas respuestas estaban profundamente permeadas y moldeadas por los discursos dominantes de la época: el discurso médico, que comenzaba a patologizar y definir la maternidad y la salud reproductiva; y el discurso jurídico, que establecía el marco legal para la punición de estas prácticas (8–10).

Uno de los hallazgos más significativos de esta investigación es la evidencia de la agencia tanto individual como colectiva, demostrada por muchas de estas mujeres. A pesar de encontrarse en situaciones de extrema vulnerabilidad -social, económica y legal-, no fueron sujetos pasivos. Por el contrario, en varios de los casos, buscaron activamente cuestionar las acusaciones, negociar los términos de su defensa o hacer frente a los procesos judiciales mediante el uso de diversas tácticas y recursos a su alcance, como la movilización de testigos que reforzaban su argumentación y la construcción de narrativas que permitieron la construcción de formas de justificación (11).

Concluyó que los procesamientos y, los veredictos emitidos durante la primera mitad del siglo XX estuvieron considerablemente influenciados por los estereotipos de género vigente. Es así como, la “buena” o “mala” mujer o la madre “desnaturalizada”, eran definiciones que pesaban en la balanza de la justicia (12). Paradójicamente, algunos de estos mismos estereotipos sobre la feminidad también permitieron, en estas circunstancias, una aplicación más flexible de las penas por parte de los jueces. Incluso, en varios de los casos analizados, estos prejuicios y concepciones sobre el honor femenino o la debilidad propia del sexo justificaron el sobreseimiento de las causas (13–15). Otro aspecto revelador es el papel de otras mujeres en la denuncia de estos delitos que evidenció, por un lado, la posible ausencia o fragilidad de redes de apoyo femenina, especialmente en contextos de clandestinidad y estigma.

Por otro lado, sugirió la imperiosa necesidad de algunas mujeres de preservar su propia posición social dentro de las comunidades. Esto pone de manifiesto las complejas dinámicas internas de control y vigilancia social que operaban dentro del contexto social. Asimismo, subraya el profundo estigma y la discriminación social asociadas a estas practicas de control de la natalidad, que no solo eran condenadas por el Estado y la Iglesia, sino también por la propia comunidad (16–18).

En suma, los procesos judiciales por aborto, infanticidio y abandono de menores en el Tolima de la primera mitad del siglo XX no pueden entenderse simplemente como la aplicación tecnica de la justicia. Reflejan más bien la compleja y a menudo contradictoria intersección entre la regulación estatal, las prácticas clandestinas de control de la natalidad, las arraigadas dinámicas de género que definían roles y expectativas, y las presiones junto con los controles ejercidos por la comunidad. Este estudio, por tanto, busco estudiar una faceta de la historia social y legal de Colombia, centrando la mirada en la vivencia de mujeres marginadas y en las formas en que el sistema judicial y la sociedad en general respondieron a los intentos de las mujeres por controlar el número de hijos en un entorno hostil.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

La presente propuesta forma parte del proyecto de investigación “Juicios por aborto en la España democrática: derechos reproductivos, culturas materiales y culturas legales de la IVE (1970s-2000s) (LEGABO)” (PID2023-147989NB-I00) financiado por MICIU/AEI /10.13039/501100011033 y por FEDER, UE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Henderson, James (2006), La modernización en Colombia: los años de Laureano Gómez 1889 – 1965, Medellín, Editorial Universidad de Antioquia.

2. Gutiérrez Urquijo, Natalia (2024), Regenerar la infancia y asistir a la madre: historia de una política social en Colombia, 1918-1938, Bogotá, Editorial. Universidad del Rosario.

3. Quevedo Emilio, Pérez Germán, Miranda Néstor, Eslava Juan Carlos y Hernández Mario (2010), Historia de la medicina en Colombia - Tomo III: Hacia una profesión liberal (1865-1918) Vol. III, Colombia, Tecnoquímicas S.A.

4. Bernate Ochoa, Francisco (2004), El Código Penal Colombiano de 1890, Revista Estudios Socio-Jurídicos, 6 (2), 535-558.

5. Bernate Ochoa, Francisco y Sintura Varela, Francisco (2019), Código Penal de la República de Colombia. Ley 19 de 1890 (de 19 de octubre), Bogotá, Editorial. Universidad del Rosario.

6. Durán, Claudia (1999), Apuntes sobre la fuente judicial como recurso para la investigación social, Memoria Académica, 6, 233-241.

7. Kluger, Viviana (2009), El expediente judicial como fuente para la investigación histórico-jurídica: Su utilidad para el estudio de la historia de la familia colonial iberoamericana, Passagens, 1 (1), 5-10.

8. Restrepo, Libia (2006), Médicos y comadronas o el arte de los partos: la obstetricia y ginecología en Antioquia, 1870-1930, Medellín, La Carreta Editores.

9. Ortiz Gómez, Teresa (2010), Maternidad voluntaria: anticoncepción, ciencia y feminismo en el siglo XX. En: Franco Rubio, Gloria Ángeles, eds. Debates sobre la maternidad: desde una perspectiva histórica (siglos XVI-XX). Barcelona, Icaria Editorial, 85-104.

10. Rojas Niño, Nelson Alberto (2016), La medicina legal y el orden social. Saber y práctica médico judicial en Colombia, 1850-1936. Tesis para optar al título de Magíster en Historia, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.

11. Giovine, Manuel Alejandro, Barri, Juan (2023), La agencia en la sociología de Pierre Bourdieu y Anthony Giddens, Estudios Sociológicos de El Colegio de México, 42, 1-18. https://doi.org/10.24201/es.2024v42.e2404

12. Pilarczyk, Ian (2012), ‘So Foul A Deed’: Infanticide in Montreal, 1825–1850, Law and History Review, (30) 2, 575–634. doi:10.1017/S0738248011000988

13. Calandria, Sol (2017), madres criminales: aportes sobre el infanticidio y la criminalidad femenina bonaerense en clave sociodemográfica, Población y Sociedad. Revista de Estudios Sociales, 24 (2), 5-31.

14. Ruggiero, Kristin (1992), Honor, Maternity, and the Disciplining of Women: Infanticide in Late Nineteenth-Century Buenos Aires, The Hispanic American Historical Review, 72 (3), 353. https://doi.org/10.2307/2515989

15. Roth, Cassia (2020), A miscarriage of justice: women's reproductive lives and the law in early twentieth-century Brazil, Stanford, Stanford University Press.

16. Hofman, Elwin (2014), An Obligation of Conscience: Gossip as Social Control in an Eighteenth-Century Flemish Town, European Review of History: Revue Européenne d'histoire, 21 (5), 653-670.

17. Reagan, Leslie J. (1997), When Abortion Was a Crime: Women, Medicine, and Law in the United States, 1867 – 1973, Berkeley, University of California Press.

18. Nash, Mary (1988), Género, cambio social y la problemática del aborto, Historia Social, 2, 19-35.

7.

LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA. EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES EN LAS PRIMERAS DÉCADAS DEL SIGLO XX

COORDINADORAS

Alba Masramon Cruzate
Universitat de Barcelona
albamasramon@ub.edu

&

Margalida Roig Sureda
Universitat Autònoma de Barcelona
margalida.roig@uab.cat

PRESENTACIÓN

El concepto de profesión y la idea de profesionalización en la sociedad liberal contemporánea han formado parte de la reflexión historiográfica durante décadas. En el caso de la enfermería, aunque este es un debate no exento de discrepancias, hay cierto consenso en aceptar que el proceso de profesionalización se inició a principios de siglo XX y culminó en los años 70. La mesa invita a reflexionar sobre los elementos de cambio, profesionalización, normalización y alteración de los roles de las mujeres en el espacio laboral sanitario. De la misma forma, quiere abordar los límites no siempre tangibles entre los diferentes grupos que participan en los cuidados en contexto sanitario y las tensiones o diálogos que ellos pudieran generar.

Ser mujer en la España de principios del siglo XX no era un unívoco, tampoco ser enfermera. Es por esto que, esta mesa pretende responder las siguientes preguntas: ¿Qué tipologías de enfermeras se gestaron en esta cronología?, ¿los modelos de mujeres enfermeras entraron en disputa con los modelos hegemónicos de género?, ¿qué papel tuvo la clase en la constitución de la disciplina enfermera?, ¿estuvo, ese proceso, exento de conflictos o disputas? Y, por otro lado, relacionado con la experiencia de ser enfermera: ¿cuál era la autopercepción de estas mujeres: eran trabajadoras, profesionales o mujeres ejerciendo su rol "social" fuera del ámbito doméstico?, ¿tuvo la guerra un papel como catalizador del proceso de profesionalización?, ¿cómo se percibió este proceso en los medios de comunicación y la propaganda?, ¿hubo una renegociación de las relaciones de género en los espacios de enfermería?

En las primeras décadas del siglo XX, la enfermería era un sector laboral que estaba lejos de ser homogéneo. Con las aportaciones de los investigadores de la mesa, queremos matizar, complejizar y analizar su heterogeneidad y reflexionar sobre el diálogo entre los agentes y los elementos profesionalizadores de la enfermería: ¿quién inició este proceso y con qué intereses?, ¿hay síntomas de arranque del proceso con anterioridad a 1915, cuando se inicia oficialmente?, ¿qué papel tuvieron las mujeres en la profesionalización de la enfermería?, ¿a qué clase pertenecían?, ¿qué relación hubo entre las enfermeras profesionales, auxiliares y religiosas?, ¿qué papel tuvieron

las enfermeras en la concepción de la enfermedad?, ¿tuvieron, los avances técnicos, influencia en la percepción, formación y profesionalización de la labor de las enfermeras?

Nuestra intención es debatir y analizar el proceso de profesionalización de la enfermería como un fenómeno complejo y no exento de contradicciones. A través del diálogo con las diferentes investigadoras queremos matizar y repensar este proceso, abordando cuestiones todavía pendientes de reflexión.

Si bien la guerra ha sido vista como un elemento de canalización de la profesionalización de la guerra, diversos procesos y mecanismos han tenido que ver en ello. Las guerras contemporáneas, en tanto que guerras totales, provocan un cambio en las relaciones sociales, de género y profesionales. Los cánones y roles en tiempos de paz se ven alterados, pero a la vez reconfigurados y reconstruidos para servir al esfuerzo bélico.

La primera mitad del siglo XX europeo estuvo marcado por el brutal impacto de la Primera Guerra Mundial, que ya venía de la experiencia de la Guerra de Crimea, pero también por las múltiples guerras civiles del llamado período entre guerras. Creemos que no es casual que la cronología de la profesionalización de la enfermería sea similar al ciclo bélico del siglo pasado. Las necesidades sanitarias de las guerras contemporáneas obligaron a formar, sistematizar y profesionalizar los cuidados hacia los combatientes, pero también hacia la población civil. Al tratarse de guerras enmarcadas en la construcción de las sociedades de masas y de participación de combatientes casi sin precedentes, propició la necesidad de formar una cantidad de mujeres y personas para llegar a abastecer las necesidades que requerían el tipo de heridas, tanto en el frente como en la retaguardia.

La movilización femenina en el contexto bélico quiso reproducir los estereotipos de género de períodos de paz. Es por esto que las tareas de las mujeres debían ser de carácter asistencial y auxiliar al del trabajo de los hombres. Esto no fue del todo así en el caso de los cuidados, dado que al ser percibidos como espacios o trabajos femeninos, se fomentó que su aportación al esfuerzo bélico fuera mediante la asistencia humanitaria y sanitaria en el frente y la retaguardia.

En esta mesa entendemos que la profesionalización, al menos en el contexto europeo, fue un proceso que corrió rumbos similares en los diferentes países dada la globalización del conflicto de 1914, así como las constantes relaciones e interacciones entre comunidades profesionales de las diferentes naciones. Entendiendo que es un proceso transnacional, pero con sus evidencias en todos los niveles territoriales, creemos conveniente aportar investigaciones que señalen, a diferente escala, cómo fue este proceso. Por lo tanto, vamos a tratar cómo la Primera Guerra Mundial funciona como elemento principal u originario de este proceso, partiendo de la Guerra de Crimea, pero como esto también se pone de manifiesto en la Guerra Civil Española (1936-1939) y tiene sus especificaciones en las diferentes regiones. Así, hemos apostado por una mesa temática que aborda la profesionalización de la enfermería en el ciclo bélico del siglo XX, con estudios de carácter internacional, nacional y regional. Con la confianza de que esto pueda aportar reflexiones alrededor del papel de las mujeres enfermeras en la guerra y cómo las guerras contemporáneas fueron un momento central en el desarrollo de profesiones fundamentalmente femeninas.

Precedentes ideológicos en la profesionalización de la enfermería en los comienzos del siglo XX

Manuel Amezcua
Departamento de Historia de la Ciencia.
Universidad de Granada
mamezcuam@ugr.es

Tradicionalmente, se acepta que el primer paso hacia la profesionalización de la Enfermería en España se da el 21 en mayo de 1915, cuando la Gaceta de Madrid publica la Real Orden que aprueba el programa de los conocimientos necesarios para habilitar a las enfermeras, en respuesta a la solicitud presentada por las Siervas de María Ministras de los Enfermos (1). Con el precedente de la fundación en 1896 por Federico Rubio de la Real Escuela de Enfermería de Santa Isabel de Hungría en el Instituto de Terapéutica Operatoria del Hospital de la Princesa en Madrid, que ya funcionaba como escuela de Cirugía. La clara inspiración en la corriente krausista de esta escuela, que defendía el acceso de la mujer a las carreras sanitarias, y su enfoque higienista ante la alta mortalidad por infecciones, la vinculan con la reforma inspirada unas décadas antes por Florence Nightingale, no en balde el médico y político liberal abordó su creación tras una prolongada estancia en Londres, en el mismo hospital donde se formaban las primeras enfermeras nightingalianas (2).

Sin embargo, cabe preguntarse si se aprecian síntomas de profesionalización enfermera en España con anterioridad a estos procesos y si se pueden desentrañar las complejas relaciones entre enfermeras laicas y religiosas, pues no deja de resultar paradójico que en pleno siglo XX sean las enfermeras de una minúscula congregación religiosa quienes promuevan la oficialización del título de enfermera (3). Por ello, en esta ponencia se propone profundizar en el análisis de los precedentes ideológicos que hicieron posible este maridaje entre una enfermería religiosa de corte tradicional y otra emergente con un fuerte carácter profesionalizante. La argumentación se sustenta en fuentes legislativas, normativas y educativas de la época desde el análisis de las mentalidades.

Hasta la época de las desamortizaciones de los bienes eclesiásticos en las primeras décadas del siglo XIX, el modelo dominante de organización hospitalaria en la urbe católica estuvo en manos de las órdenes de la hospitalidad o del cuarto voto, que tuvieron su momento de esplendor en el siglo XVI(4). Si el epicentro de la reforma de la enfermería contemporánea se sitúa en el Londres victoriano, el de la reforma de la hospitalidad habría que situarlo en la Granada de la época contrarreformista, pues son los seguidores de Juan de Dios quienes erigen un modelo renovado de atención hospitalaria que incorpora algunos de

los elementos que van a definir el prototipo de hospital moderno: una asistencia que salvaguarda la dignidad humana, una organización que pone énfasis en la gobernanza y la profesionalización de una actividad como la enfermería, que en las primeras escuelas de novicios o casas de aprobación va a establecer progresivamente el canon de los saberes que configurarán el corpus formativo del buen enfermero (5).

El auge del modelo de la hospitalidad no fue fruto de la casualidad, pues en la España del Antiguo Régimen se produjo en importante debate entre los humanistas cristianos para decidir la mejor fórmula para abordar el socorro de los pobres y enfermos. En las dependencias de la universidad de Salamanca y a instancias del cardenal Tavera, cuando ocupaba la regencia, se debatirá entre dos tendencias: promover las obras de caridad entre particulares o crear instituciones que las integren (6). La solución novedosa e innovadora pasará por una fórmula híbrida, la potenciación de confraternidades que desde la sociedad más comprometida con los efectos de la desigualdad humana promuevan instituciones para el cuidado de las personas más desfavorecidas y en condiciones de fragilidad. Y puesto que están bajo la supervisión de la Iglesia, lo harán bajo el mandato de las obras de misericordia, que condicionarán el tipo de servicios ofertados en las instituciones.

El modelo hospitalario de la hospitalidad encaja con los ideales tridentinos al hacer visible el potencial de la Iglesia para promover obras con un fuerte carácter redentorista. Tampoco resulta casual que un mendigo como Juan de Dios en Granada logre el apoyo institucional de la Iglesia para iniciar una obra hospitalaria transformadora que se extenderá por todo el orbe católico en pocos años. Los principales valedores de Juan de Dios fueron Juan de Ávila como consejero espiritual y el arzobispo Pedro Guerrero como facilitador, ambos discípulos de Domingo de Soto, uno de los ponentes elegidos por Tavera, y los tres, participantes activos en el Concilio de Trento (7).

Los nuevos enfermeros y enfermeras en los hospitales reformados serán personas consagradas que van a prestar una asistencia sustentada en la satisfacción de las necesidades humanas, lo que entonces se denominaban las “cosas no naturales”. Su educación se realizaba en los propios hospitales, al cargo de maestros de novicios, cuyos contenidos teóricos concretaban en manuales titulados como “Instrucción de Enfermeros” (enfermeros obregones) o “Arte de Enfermería” (enfermeros juandedianos) (8). Las competencias que cultivaban se desarrollaban en el cuidado de enfermería en su dimensión corporal y espiritual, que completaban con la gobernanza (supervisión y organización asistencial, higiene y orden de las enfermerías, preparación de formas medicamentosas y coordinación con médicos y cirujanos), sin descuidar el aprendizaje de las artes terapéuticas (Cirugía menor, sangrías, ventosas y otras técnicas terapéuticas), para cuyo ejercicio tenían que obtener la aprobación del Protomedicato (9)

El modelo enfermero de la hospitalidad se mantuvo en su mayor esplendor durante tres centurias, atravesando su mayor crisis en las primeras décadas del siglo XIX, cuando las leyes desamortizadoras suprimieron las órdenes de la

hospitalidad, exclaustrando a los enfermeros y apropiándose de los hospitales, desapareciendo muchos de ellos como consecuencia de la venta de sus edificios y propiedades. Algunas congregaciones como la de San Juan de Dios lograron restaurarse al contar con presencia en otros países, pero otras tan importantes como la de los enfermeros obregones desaparecieron. El último de los manuales de enfermería publicados en este periodo, el "Arte de Enfermería" de José Bueno y González (1833) reivindicaba el carácter de ciencia de la Enfermería, cuyo saber debía sustentarse en la observación.

Los intentos por parte de los reformistas de implantar nuevos perfiles profesionales encargados del cuidado de los enfermos en los hospitales terminan en clamorosos fracasos, de manera que finalmente han de volver los ojos al amortizado modelo de la hospitalidad. Serán las Hijas de la Caridad las que durante un largo periodo de tiempo se implantarán en los hospitales públicos españoles. Lo cierto es que, a la par que desaparecen o se debilitan las congregaciones masculinas, las femeninas van a incrementar su presencia en las instituciones hospitalarias (10). Desde que Florence Nightingale (formada entre otras por las Hijas de la Caridad) inspirase un nuevo modelo de enfermera laica y remunerada con mayor implantación en los territorios reformados, se va a producir una transición paulatina desde la tradicional concepción de una asistencia dominada por los valores cristianos, sustentada en la idea de la caridad, hacia un nuevo modelo de pensamiento enfermero que incorpora los postulados de la ciencia.

Las enfermeras religiosas de la España de comienzos del siglo XX, al igual que las de otros países católicos, toman conciencia de la necesidad de homologarse a las corrientes de enfermería más evolucionadas y consolidadas en el ámbito anglosajón, cuyas escuelas de formación hospitalarias van a marcar el nuevo modelo educativo más allá de su ámbito regional. El proceso de transición de una enfermería sustentada en la conciencia de la desigualdad hacia otra enfermería amparada en la ciencia no ha de entenderse como una ruptura o discontinuidad en la historia de la profesión, sino como un proceso complejo de transición y transferencias muy condicionado por la realidad social de cada territorio, la influencia de la Iglesia y el papel transformador de la mujer en la concepción del cuidado hospitalario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amezcua, Manuel; González Iglesias, Mª Elena (2015). La creación del título de Enfermera en España: ¿cien años de una incoherencia histórica? Index de Enfermería, 24(1-2), 7-9.

2. Santainés Borredá, Elena (2020), Florence Nightingale en la obra de Federico Rubio. Col. Pro-Tesis 1. Granada, Fundación Index.

3. González Iglesias, María Elena; Amezcua, Manuel; Siles González, José (2010), El título de enfermera en España a través del análisis documental: el caso de las Siervas de María, Ministras de los Enfermos. Temperamentvm; 6 (12). http://www.index-f.com/temperamentum/tn12/t1210.php.

4. Navarro Perán, MA; Hernández Conesa, JA; Torralba Madrid, MJ; Beneit Montesinos, JV (2012) ,Un estudio de los modelos enfermeros en la España de la Contrarreforma, a través de los textos escritos y editados por las Órdenes Religiosas, con voto de hospitalidad. Murcia, Diego Marín, pp. 75-94.

5. Amezcua, Manuel (2019), La época áurea de la enfermería: la actividad reformadora de lasórdenes de la hospitalidad en la España Moderna. En: Festas, Constança; Subtil, Carlos Louzada; Sá, Luís Octávio de; Costa, Rui Manuel Pinto. Sob o signo da História Comparada: A Enfermagem na Europa do Sul. Porto: Sociedade Portuguesa de História da Enfermagem, p.p. Págs. 124-34.

6. Garrán Martínez, José María (2004), La prohibición de la mendicidad. La controversia entre Domingo de Soto y Juan de Robles en Salamanca (1545), Salamanca, Universidad de Salamanca, p.p. 129-130.

7. Amezcua, Manuel (2017), Espíritu y reforma en los inicios del modelo de la hospitalidad en la España renacentista, Temperamentvm, 13, https://www.index-f.com/temperamentum/v13/e2504.php.

8. Amezcua, Manuel (2017), 400 años de conocimiento enfermero: a propósito de la publicación de la Instrucción de Enfermeros de los Obregones. Index de Enfermería, 26(1-2), 7-9. http://www.index-f.com/index-enfermeria/v26n1-2/26122.php.

9. Amezcua, Manuel (2019), Cuidados y Sociedad en la España Moderna. Materiales para la Historia de la Enfermería en los siglos XVI-XVII. Granada, Fundación Index, p.p. 76-80, (https://ciberindex.com/index.php/proT/article/view/pt20192).

10. Herrera Justicia, Sonia; Amezcua, Manuel (2022). Inquietas, comprometidas y renovadoras: reivindicando a las mujeres de la hospitalidad. Temperamentvm, 18, e18v7. https://doi.org/10.58807/tmptvm20224812.

¿Impulsó la Primera Guerra Mundial la profesionalización de la enfermería?

Sergio Savoini-Arévalo
Universidad Villanueva
sergio.savoini@villanueva.edu

La historia de la enfermería ha tenido una relación estrecha con los conflictos bélicos, el ejemplo clásico es el de Florence Nightingale (1820-1910) y la fundación de la primera escuela de enfermería laica en Londres tras la guerra de Crimea (1853-1854). En otros conflictos han destacado figuras que también se han considerado Madres de la profesión. Este es el caso de Dorothea Lynde Dix (1802-1887) en la guerra de Secesión estadounidense (1861-1865), o Mercedes Milá y Nolla (1895-1990) en la guerra civil española (1936-1939). Además, se han creado instituciones como la Cruz Roja Internacional (1863-1864) impulsada por Henry Dunant tras presenciar el desastre humanitario de la batalla de Solferino (1859) (1).

Sobre la Primera Guerra Mundial (PGM, 1914-1918) se ha señalado que evidenció la necesidad de aumentar el número de profesionales sanitarios, especialmente enfermeras, para atender al elevado número de soldados heridos (2,3). Al tiempo, destacan en su historia enfermeras que se han convertido en referentes profesionales. Este fue el caso de la británica Edith Cavell (1865-1915) quién se convirtió en elemento central de la propaganda aliada tras ser ejecutada el 12 de octubre de 1915 por ayudar a escapar de la Bélgica ocupada a soldados aliados heridos (4). O el de la enfermera voluntaria Vera Brittain (1893-1970) que publicó sus memorias bajo el nombre, *Testimonio de juventud* (1933), contribuyendo a narrar la Historia de la PGM y construir su memoria (5). Por lo tanto, el objetivo de esta comunicación es reflexionar sobre el papel de la PGM en el proceso de profesionalización de la enfermería y analizar el conjunto de factores que contribuyeron a la transformación de la enfermería a principios del siglo XX.

Durante la PGM se movilizaron los ejércitos más numerosos hasta el momento, esto provocó que el número de soldados que resultaban heridos superase cualquier previsión. En el ejército británico se estima que el 98% de los soldados heridos totales durante la contienda (1.676.037) pertenecían a los cuerpos de combate del ejército, de los que lucharon 1.738.287, por lo que prácticamente todos sufrieron alguna herida durante la guerra (6). Una de las soluciones para paliar la falta de enfermeras fue la colaboración con organizaciones externas a los cuerpos de sanidad militar. En el caso británico, los Voluntary Aid Detachments (VAD) creados en 1909 acogieron a 120.000 mujeres durante la contienda, de las que 72.000 sirvieron en hospitales militares (7).

Sin embargo, este no era el único problema, la PGM protagonizó un cambio en la distribución de las lesiones aumentando hasta el 80% el porcentaje de heridos que sufrían lesiones graves y complejas, invirtiendose la proporción de conflictos anteriores (2). Esta situación estuvo provocada por el desarrollo de la industria militar, que proporcionó armas cada vez más cruentas con el cuerpo humano como los morteros, el bombardeo de artillería, las armas químicas o los lanzallamas (8).

Paralelamente, los avances científico-tecnológicos alcanzaron a la industria sanitaria. Con el objetivo de tratar las nuevas heridas que sufrían los soldados se desarrollaron disciplinas como la cirugía plástica de la mano de Harold Gillies y se implementaron nuevos protocolos para la cura de heridas con soluciones antisépticas para evitar infecciones. También se adaptaron tecnologías para su utilización sanitaria como los Rayos X y se desarrollaron otras como las transfusiones sanguíneas que serían patrimonio de la enfermería en las décadas siguientes.

La tecnificación de la asistencia sanitaria puso de manifiesto que el deseo de ayudar no siempre era suficiente para atender adecuadamente a los heridos y enfermos, evidenciando la necesidad de mejorar la formación de las futuras enfermeras. Durante el conflicto se crearon el Royal College of Nursing (1916) y el General Nursing Council (1919) con los objetivos de registrar el número de enfermeras y establecer los requisitos de su formación (9). La necesidad de crear estas instituciones puede relacionarse con los debates surgidos en torno a las enfermeras voluntarias, quienes se hacían llamar *enfermeras* a pesar de que no habían recibido la misma formación que las profesionales. De igual manera, otros países neutrales aprovecharon las enseñanzas de la PGM para implementar mejoras en los sistemas de atención sanitaria a los ejércitos (10). En España destaca el 7 de mayo de 1915, fecha en la que se reconoció oficialmente la titulación de enfermería y se establecieron los requisitos para su ejercicio, punto de partida para la creación de escuelas de enfermería en todo el territorio.

No obstante, responsabilizar exclusivamente a la experiencia de la PGM de la profesionalización de la enfermería resulta reduccionista incluso en los países que participaron en el conflicto. Es importante considerar los factores presentes en la sociedad europea desde finales del siglo XIX que contribuyeron a la profesionalización de la enfermería. En este sentido, destaca la relación entre la enfermería y el incipiente movimiento feminista, particularmente en Gran Bretaña. Christine Hallet ha argumentado que el alistamiento de mujeres como enfermeras voluntarias fue una demostración de patriotismo y compromiso con la nación, contribuyendo a la obtención del derecho al voto femenino en 1928 (7). Además, el extenso reclutamiento de hombres provocó que las mujeres accedieran a los puestos de trabajo ocupados tradicionalmente por varones, acelerando el acceso de la mujer al entorno laboral, una de las victorias del movimiento feminista de principios del siglo XX.

Aunque la relación entre enfermería y feminismo se estrechó durante la contienda al retroalimentarse y facilitar la obtención de objetivos de cada colectivo, las

raíces de esta relación se hunden en el siglo XIX. Mary Nash concluye que a finales del siglo XIX surgió un arquetipo de mujer que no se ajustaba al ideal de la mujer virtuosa del siglo XIX. Esta *Nueva Mujer Moderna* buscaba acceder al mercado laboral y participar en la vida pública y política (11). En este contexto de transformación social, la enfermería representaba una de las principales opciones laborales que ofrecían independencia económica, participación en la vida pública y, durante la PGM, demostración de patriotismo.

Una de las figuras que mejor representan esta relación fue Ethel Bedford Fenwick (1857-1947), enfermera procedente de una familia británica acomodada que fue consciente de la necesidad de mejorar la situación de la enfermería como profesión. Con esta motivación, fundó la primera organización profesional de enfermeras, la British Nursing Association (1887). Dos años después, en la conferencia del Consejo Internacional de Mujeres celebrada en Londres, expresó la necesidad de crear una organización de corte internacional que velase por el avance global de la enfermería, apoyase a las organizaciones nacionales y promoviese su creación en aquellos países en los que aún no existían (12). Esta idea se inspiraba en el propio Consejo Internacional de Mujeres, organismo que aspiraba a reunir a las mujeres líderes del movimiento sufragista de distintos países con el objetivo de aunar esfuerzos en la lucha por los derechos de la mujer.

Concluimos que durante la PGM coincidieron múltiples factores que favorecieron la profesionalización de la enfermería, pues los retos a los que se enfrentaron durante la contienda pusieron de manifiesto la necesidad de mejorar la formación de las enfermeras, registrar y controlar a las profesionales formadas y crear organizaciones que velasen por los intereses de la profesión a nivel nacional e internacional. Sin embargo, cabe destacar que estas ideas, en cierta medida, ya estaban presentes en la sociedad antes del conflicto. Podemos referenciar la creación de asociaciones nacionales de enfermería en la década de 1890 y el Consejo Internacional Enfermería en 1899 como deseo de velar por el desarrollo profesional a nivel global. O las diferentes voces que a lo largo del siglo XIX manifestaron la necesidad de mejorar la formación de la enfermería como Florence Nightingale.

Es cierto que durante la PGM surgieron mujeres que se convirtieron en referentes profesionales por su papel durante el conflicto como Vera Brittain, quienes publicaron sus memorias y contribuyeron indirectamente a la profesionalización de la enfermería. Pero también hubo otras figuras de la enfermería como Edith Cavell, ejecutada durante el conflicto y principal responsable de la profesionalización de la enfermería belga hasta 1915, momento en que Bélgica quedó huérfana de esta referente profesional tan relevante para la enfermería.

Por último, debemos considerar que la PGM tuvo consecuencias que dificultaron la profesionalización de la enfermería, destacando especialmente la popularización del arquetipo de la enfermera sexualizada a través de novelas como *Adiós a las armas* de Hemingway (1929), uno de los estereotipos que ha permanecido hasta la actualidad y que continúa siendo una lacra para el desarrollo profesional de la enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mirón-González, Rubén; López Vallecillo, María (2025), Enfermería y cuidados transnacionales en contextos de guerra (1914-1945), Madrid, Los libros de la catarata.

2. Bergen, Leo van (2009), Before y Helpless Sight. Suffering, Dying and Military Medicine on the Western Front, 1914-1918, Burlington, Ashgate Publishing Company.

3. Reid, Fiona (2017), Medicine in First World War Europe: soldiers, medics, pacifists, Londres, Bloomsbury Publishing Plc.

4. Savoini-Arévalo, Sergio (2023), Edith Cavell, símbolo propagandístico de la Primera Guerra Mundial. En: Castro-Molina, Francisco-Javier; Rodríguez Novo, Natalia, Libro de actas XVII Congreso Nacional y XII Congreso Internacional de historia de la enfermería, Santa Cruz de Tenerife, Asociación Canaria de Historia de la Profesión Enfermera, pp. 159-166.

5. Fell, Alison (2018), Women as veterans in Britain and France after the First World War, Cambridge, Cambridge University Press.

6. Winter, Jay (1977), Brittain's "Lost Generation" of the First World War, Popularion Studies, 31(3), 449-466.

7. Hallet, Christine (2014), Veiled Warriors: Allied Nurses of the First World War, Oxford, Oxford University Press.

8. Neiberg, Michael (2005), La Gran Guerra. Una historia global (1914-1918), Cambridge, Harvard University Press.

9. Duffield Bendall, Eve Rosemarie; Raybould, Elizabeth (1969), A history of the General Nursing Council for England and Wales, 1919-1969, Londres, H.K. Lewis.

10. Savoini-Arévalo, Sergio (2022), Reformas en el Cuerpo de Sanidad Militar español (1914-1918). Influencias de la Primera Guerra Mundial. En: Suay Matallana, Ignacio; Ferragud, Carmel; Barona Vilar, Josep L.; Bertomeu Sánchez, José Ramón, Ciencia, Medicina y Ley, Madrid, Sociedad Española de Historia de la Medicina, pp. 473-476.

11. Nash, Mary (2012), Mujeres en el mundo: historia, restos y movimientos, Barcelona, Alianza.

12. Boschma, Geertje (2014), International Nursing History: The International Council of Nurses History Collective and Beyond, Nursing History Review, 22(1), 114-8.

La profesionalización de la enfermería leridana desde sus orígenes hasta la primera mitad del siglo XX

Miquel Àngel Calderó Solé
Enfermero. Doctor en Cuidados Integrales y Servicios de Salud (UdL). Miembro de la Associació Febe d'Història d'Infermeria de llengua catalana. Professor asociado en Universitat de Lleida. Miembro de GReCS-IRBLleida (Grup de Recerca en Cures de Salut)
miquelangel.caldero@udl.cat

&

Lorena Lourdes Tejero Vidal
Enfermera. Doctora en Salut (UdL). Miembro de la Associació Febe d'Història d'Infermeria de llengua catalana. Coordinadora del Grado de Enfermería en la FIF-UdL. Miembro de GReCS-IRBLleida (Grup de Recerca en Cures de Salut)
lorena.tejero@udl.cat

&

Carmen Torres Penella
Enfermera. Doctora en Enfermería y Cultura de los Cuidados (UA). Miembro de la Associació Febe d'Història d'Infermeria de llengua catalana y del "Grup d'Estudis sobre Cultura i Dominació" GECID (AGAUR 2021 SGR01135)
carme.torres@udl.cat

INTRODUCCIÓN

Entre estudiosos de la sociología de las profesiones y de la enfermería, existe consenso en admitir que los criterios el desarrollo profesional son: corpus de conocimientos de la profesión incorporados a lo largo de su historia; construcción de mecanismos de autogobierno y responsabilidad social; compromiso vocacional y capacidad de adaptación; construcción de una identidad colectiva, así como el fortalecimiento de la ética del cuidado necesaria para conseguir unos cuidados de excelencia. (1)

El **objetivo** es contextualizar el proceso de conformación de los criterios de profesionalización de la enfermería leridana desde sus orígenes hasta finales de la década de los años 50 del siglo XX.

La **metodología** del estudio es histórica de fuentes documentales de archivos; legislativas; revistas profesionales y bibliografía de referencia.

RESULTADOS

ORÍGENES

En el Siglo XIX en España los profesionales dedicados a los cuidados de enfermería con formación oficial eran ministrantes o sangradores, practicantes y matronas, su descontento profesional, debido al intrusismo y necesidad de autonomía y gobierno profesional, mostraban sus reivindicaciones a través de prensa profesional especializada como la "*Voz de los Ministrantes*" o "*El Eco de las Matronas, Dentistas, Callistas, y Practicantes en Cirugía*" (2)

La enfermera, figura más antigua de los cuidados, en el mismo periodo, era mayormente, el de una mujer con escasos recursos económicos, así como conocimientos culturales, que desarrollaba su función de cuidar en actividades de asear, vestir, alimentar, asegurar confort, sueño, ayuda y vigilancia al enfermo, cuidados considerados secundarios y vinculados al servicio doméstico. O bien, el de hermana o hermano en el seno de hermandades y congregaciones religiosas asociando el cuidado a la caridad cristiana. (3)

En el mismo siglo en Lleida los cuidados de enfermería de establecimientos sanitarios y sociales de la ciudad, estaban en manos de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul como únicas y verdaderas enfermeras, avaladas por años de experiencia en cuidados sanitarios en Francia y una formación fruto del estudio de manuales para el servicio de los enfermos, entre los cuales, el de Carrère, doctor francés de reconocido prestigio, y las Reglas Comunes y Particulares de la Congregación. La comunidad de hermanas con Sor María Esperanza Blanc al frente, instauran un modelo pre-profesional de cuidados vocacional, altruista, competente, gozando de autonomía en la gestión y autogobierno. Bajo sus órdenes, practicantes y enfermeros completan el equipo de cuidados. (4,5)

Paralelamente en las zonas rurales, los ministrantes o sangradores, practicantes y matronas, como en el resto de España, claman la necesidad de agrupamiento y regulación profesional. Pioneros de estas reivindicaciones son Ramon Estradé y Ramon Pujol, practicantes de Vilanova de Bellpuig y Granadella respectivamente con escritos en la "*Voz de los Ministrantes*" como lucha contra las penalidades profesionales que les acechaban. (6)

DESARROLLO ACADÉMICO Y PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA

La formación reglada de las enfermeras españolas en el siglo XX fue promovida por enfermeras religiosas por miedo a la laicización de su actividad. Lideradas por las Siervas de María, Ministras de los enfermos, se oficializó el título de Enfermera en 1915. (7) La congregación se inspiró en el modelo italiano y en base a él dotaron a España de una enfermería renovada, femenina, laica, profesional, formada y comprometida con las instituciones al servicio de ideales emergentes de equidad y justicia social. (8) Todos los practicantes y matronas del Estado en 1929 y 1930 respectivamente logran la colegiación obligatoria. (9,10) La primera formación específica en cuidados de enfermería en Lérida es la de Dama voluntaria de Cruz Roja ofrecida por la Asamblea de la Cruz Roja de

Lérida en 1920, implicando una disposición solidaria y altruista de las jóvenes para atender a la población, en ámbitos sociosanitarios de la institución nacional, en tiempos de paz y en guerra. (11)

REPÚBLICA Y GUERRA CIVIL. IMPACTO EN LA PROFESIONALIZACIÓN DE ENFERMERÍA.

Durante la Segunda República (1931-1939) en Catalunya, derivado del Estatuto de Autonomía de 1932, son traspasadas las competencias de sanidad del Estado a la Generalitat, lo que conlleva también la organización y régimen de las profesiones sanitarias propiciando la creación de colegios autonómicos. (12) En 1933, el gobierno de la Generalitat, por decreto, disuelve los colegios provinciales de los practicantes y matronas creando en su lugar el Col·legi Oficial de Practicants en Medicina i Cirurgia de Catalunya (13), el Col·legi Oficial de Llevadores de Catalunya. (14) Dos años más tarde nace el Col·legi d'Infermeres Oficials de Catalunya, el primero de España. (15)

Con el estallido de la Guerra Civil (1936-1939) las necesidades sanitarias de centros sanitarios y personal de cuidados aumentaron; además de los centros existentes, se confiscaron seis edificios de gran capacidad, nombrados en su conjunto "Hospitales de Lérida", llegando a un total 1.700 de camas para la asistencia de heridos y enfermos. El laicismo republicano, repercutió en el cuidado enfermera; las sesenta y ocho religiosas que había, se vieron obligadas a abandonar los centros, siendo reemplazadas por ciento ochenta y nueve enfermeras voluntarias dedicadas exclusivamente a cuidados de enfermería. El conflicto bélico, supuso para ellas, una oportunidad de promoción social y profesional que supieron aprovechar para formarse como enfermeras de guerra. Entre las voluntarias, Alegría Royo y Antonia Palacín, asumen cuidados adaptándolos a situaciones de diversa gravedad. Los practicantes y enfermeros aumentaron en tres y seis veces su número respectivamente, actuando con igual tesón. (16)

A partir de abril de 1938, con la ocupación de la ciudad de Lérida por los nacionales, se abre un proceso de depuración a todos los sanitarios de la sanidad republicana. Las religiosas, recuperan la gestión de los cuidados de los centros ayudadas por enfermeras de la Sección Femenina, practicantes y enfermeros. (17)

CONSOLIDACIÓN ACADÉMICA Y PROFESIONAL

Con la creación de la Escuela Preparatoria de Enfermeras de la Diputación de Lérida en 1950, acreditada por la Facultad de Medicina de Barcelona y transformada en Escuela de ATS en 1955, culminó la formación oficial de enfermera responsable de cuidados a la población. (2)

CONCLUSIÓN

En el proceso histórico de la construcción profesional de la enfermería leridana, se han ido incorporando una pluralidad de compromisos de servicio profesional,

formación continuada en conocimientos propios, capacidad de autonomía, responsabilidad y adaptación de los cuidados a la población atendida, y autogobierno para la defensa de los intereses profesionales. Todo ello ha contribuido en avanzar en la mejora de su competencia profesional.

Con el nuevo régimen, dejaron de existir los colegios autonómicos, reinstaurando los provinciales. El impulso asociacionista colegial de practicantes, matronas y enfermeras, progresó con la constitución de los tres colegios en 1954, según el ordenamiento legal para la praxis profesional y de defensa de sus intereses, aunque corporativamente, con el tiempo, se impuso un modelo colegial conjunto de Auxiliares Sanitarios con tres secciones, representadas por las presidencias de Manuel Sampedro (practicante), Mª Luisa Fuentes (matrona) y Rosa Fernandez (enfermera). (2)

BIBLIOGRAFIA

1. Tejero Vidal L., Martinez Rodríguez L. (2024). Professió. Elements conceptuals. En: Infermeres en Acció. Practicants llevadores i ATS en els territoris de parla catalana. Lleida: Edicions de la Universitat de Lleida; Tarragona: Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili, 21-25.

2. Calderó i Solé, M. À. (2024). Origen del corporativisme dels practicants, llevadores i infermeres a la província de Lleida. [Tesis doctoral Universitat de Lleida]

3. Gómez Cantarino S., Dios Aguado M., Checha Peñalver A., Domínguez Isabel P., Rodriguez Montejano J., Espiana Jerez B. (2020). Regulación de la Enfermería Española: incorporación a la profesión sanitaria (1850-1950). Enfermería española: 100 años de historia. *Escola Anna Nery*, 24(4), 1-8

4. Tejero Vidal, L. (2016). Las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl en el Hospital de Santa María, la Casa de Maternidad y la Casa de Misericordia de Lleida (1792-1936). Aportaciones a la enfermería [Tesis doctoral Universitat de Lleida].

5. Tejero Vidal L., Torres Penella, C. (2011) La profesionalización de la enfermería en Lleida a partir de las Hijas de la Caridad. Cultura de Cuidados. 3er. Cuatrimestre. Año XV. Nº 31: 64-68.

6. Calderó, M. À., & Torres, C. (2022). Les tribulacions professionals dels sagnadors del segle XIX. El cas de Ramon Estradé. A: Ceba, G. Pons, J. Agustín, J. March, B. Paz, & M. Jordi (Eds.), Llibre de resums de la XVII Trobada d'Història de la Ciència i la Tècnica (pp. 66–67). Societat Catalana d'Història de la Ciència i de la Tècnica.

7. González Iglesias M.E.; Amezcua M.; Siles González J. (2010). El título de enfermera en España a través del análisis documental: el caso de las Siervas de María, Ministras de los Enfermos. Temperamentvm: Revista internacional de historia y pensamiento enfermero; 6(12).

8. Amezcua M., González Iglesias M.E. (2015). La creación del título de Enfermera en España: ¿cien años de una incoherencia histórica?. *Index de Enfermeria*, *24*(1–2), 7–9.

9. Real Orden 363 de 29 de diciembre, Pub. L. No. Concediendo la colegiación obligatoria a la clase de Practicantes y aprobando para el régimen de los Colegios los Estatutos que se insertan. Gaceta de Madrid 29 de diciembre 1929 (1929).

10. Real Orden de 7 de mayo, Pub. L. No. Concediendo la colegiación obligatoria a la clase de Matronas y aprobando para el régimen de los colegios los Estatutos que se insertan. Gaceta de Madrid, 9 de mayo de 1930 (1930).

11. Cruz Roja Española. (1978). Cien Años de Cruz Roja española en Lérida y su última década 1967-1976. C.R.E. Asamblea Provincial

12. Decret 31 maig 1933. Traspàs al Govern de la Generalitat de Catalunya de la Sanitat Interior. En: BOGC [Barcelona], 47 (1 juny 1933), 697-698.

13. Decret 9 novembre 1933. Declarant vigent l'Estatut Col·legi de Practicants en Medicina i Cirurgia de Catalunya. En: BOGC [Barcelona], 125 (25 novembre 1933), p. 1010-1114.

14. Decret 20 desembre 1933. Declarant vigent l'Estatut del Col·legi Llevadores Oficials de Catalunya.A: BOGC [Barcelona], 6 (1 gener 1934), 62-65.

15. Dominguez Alcón, C. (1986). Los cuidados y la profesión enfermera en España. Madrid: Pirámide, 169.

16. Torres C. (2010). La infermeria en la Guerra Civil espanyola a Lleida: Infermeres, practicants i comadrones. [Tesis Doctoral, Universidad de Alicante.

17. Torres C (2018). Ochenta años después. Enfermeras en la Guerra Civil española (1936- 1939). En A. C. Garcia Martinez, M. J. Garcia Martinez, & G. Gallego Eds.), *Poder e influencia de las enfermeras en la Historia: XVI Congreso Nacional y XI Internacional de Historia de la Enfermeria* (pp. 261–278). COIBA.

Madres cariñosas, hermanas atentas: sanidad, cuidados y feminidad durante la Guerra Civil (1936-1939)

Sandra Morón Roces
Universitat Autònoma de Barcelona
sandra.moron@uab.cat

Mujeres, guerra y cuidados son conceptos que históricamente han ido de la mano. Al aproximarnos a la historia de la atención sanitaria en contextos bélicos y al desarrollo del humanitarismo, observamos desde sus inicios una marcada presencia e iniciativa femenina. Nombres como Florence Nightingale, Eglantyne Jebb o Dorothy Buxton son ejemplos paradigmáticos de este vínculo. Aunque la conexión entre mujeres y curas constituye un elemento estructural que trasciende los contextos bélicos y se proyecta en otros escenarios sociales e históricos, la construcción discursiva y la reconfiguración de estructuras que implica una guerra nos permite observar de forma amplificada la relación intrínseca entre género y cuidados.

Es bien sabido que las guerras han servido de marco propiciatorio para el acceso e incorporación de las mujeres a puestos de trabajo tradicionalmente ocupados por hombres. Sin embargo, esta aparente oportunidad, además de resultar circunstancial en la mayoría de los casos -viéndose obligadas a retomar sus ocupaciones tradicionales una vez terminadas las guerras-, no deja de ser un reflejo de la perpetuación de los roles de género que vertebran la sociedad: los hombres al frente, a luchar; las mujeres a la retaguardia, a cuidar. Precisamente, esta asociación de la mujer con el ámbito de los cuidados ha hecho que determinados campos, como la sanidad, hayan destacado históricamente por una mayor presencia femenina, también en tiempos de paz.

El objetivo de la presente comunicación es analizar la relación entre sanidad, política, cuidados y feminidad en el contexto de la guerra civil española (1936-1939). A partir de explorar los discursos sobre el papel que debía desempeñar la mujer en los espacios de retaguardia, se pretende observar cómo esta concepción de los cuidados, como elemento inherente a lo femenino, explica una mayor presencia en puestos de mando y representación relacionados con el ámbito sanitario y la asistencia social a las víctimas de guerra. Lo que contrasta con otros sectores, que quedaron reservados a los hombres. Además de atender a la experiencia de cuidadoras, enfermeras y figuras destacadas de la época, se analizará cómo, a través de la propaganda, se construyó un ideal en torno a determinadas ocupaciones, basado en la traslación de los roles de género en

materia de cuidados. Y como, por encima de la profesionalidad, se ensalzaron elementos como el cariño, la ternura y la delicadeza, aspectos propios del trato que daría una madre, una hermana o una compañera.

Esta aproximación se hará a partir de bibliografía especializada, pero también de las fuentes de archivo y de propaganda de la época, a las que se ha tenido acceso a razón de la investigación doctoral de la que surge esta propuesta, centrada en el desplazamiento forzoso por los espacios de retaguardia durante la Guerra Civil.

Durante la guerra civil española, la imagen que desde la República se proyectó de lo femenino cambió en cuestión de meses. A nivel propagandístico, el ideal de mujer combativa que predominó en un primer momento rápidamente fue sustituido por la concepción clásica de la mujer como sostén de la retaguardia. Cabe señalar que, incluso en estos espacios en los que rompieron esquemas, las tareas de cuidado siguieron estando asociadas a ellas desde el primer día, reflejándose en tareas cotidianas como la preparación de comida para sus compañeros y en labores de lavandería. Pero enseguida se marcó que la participación de la mujer en la guerra estaba en la retaguardia, ocupando los puestos que habían dejado los hombres. Solo las enfermeras y cuidadoras lograron traspasar esa frontera entre el frente y la retaguardia. Por tanto, lo que parecía un quiebre con la domesticidad tradicional, resultó en una puesta de esta al servicio de la guerra. Una traslación del rol materno y de los deberes morales tradicionalmente asociados a las mujeres a su papel en la guerra. De ahí las constantes referencias a lo maternal, a la apelación directa a las “madres”, a las “mujeres”, desde todos y cada uno de los medios de propaganda, ya fuese escrita, radiada o en forma de cartel, ocupando el espacio público.

Pese a esta clara división discursiva y al predominio femenino en la retaguardia, donde las mujeres eran la mayoría adulta debido a la movilización de los hombres, el acceso a los espacios tradicionales de poder fue limitado, manteniéndose el protagonismo masculino. En cambio, hubo una mayor permeabilidad en las estructuras vinculadas a la asistencia social, la sanidad y la atención de los desplazados. Y es que en todo lo relacionado directa o indirectamente con cuidados las mujeres tomaron un protagonismo directo. No siempre como figuras directas de mando, pero sí en puestos de poder efectivo. El ejemplo paradigmático es el que presenta la autora Laura Branciforte del Socorro Rojo. Quienes figuraban a la cabeza de la organización eran hombres,

Sin embargo, fueron en realidad Matilde Landa y Tina Modotti (a) *María*, las verdaderas responsables del SRI y las que ejercieron su dirección en España. Ellas fueron las que, junto a todas aquellas que más conocidas, como Encarnación Fuyola o Elisa Rico, María Luisa Lafíta, Mary Bingham Urquidi, Flor Cernuda, o menos conocidas, como Amelia Álvarez Díaz, Elvira Fernández-Almoguera entre muchas, trabajaron además que, en las tareas de organización, en las arduas y urgentes tareas de ayuda y de socorro que la guerra les iba presentando.

Por lo que se observa una correspondencia de estos discursos con el papel protagónico que desempeñan las mujeres en aquellos ámbitos relacionados, de

una u otra forma, con los cuidados. Al tratarse de un elemento estructural, fue transversal tanto en ambos bandos como en la ayuda humanitaria internacional. En la zona sublevada, el ejemplo más claro fue Auxilio Social, que rápidamente monopolizó todo lo relacionado con la beneficencia durante la guerra, extendiendo su actuación hasta la dictadura.

En definitiva, el componente femenino tuvo un papel fundamental en las estructuras de ayuda, tanto nacionales como internacionales, políticas y neutrales. Las mujeres desempeñaron un rol crucial tanto en tareas de gestión como en el cuidado directo: en curar a los heridos, atender a los desplazados en los refugios, comedores y colonias infantiles. Es decir, en socorrer y alimentar a los necesitados, especialmente a la infancia, que fue el principal grupo receptor de esta ayuda. Y aunque el factor clase fue relevante en el acceso a las estructuras de poder dedicadas a la asistencia, el papel femenino en estas funciones se manifestó en distintos niveles. Se apeló a todas las mujeres de la retaguardia para que participaran sirviendo en las cantinas y confeccionando ropa para combatientes y desplazados; se promovieron cursos de enfermería y se destinó a las mujeres refugiadas a cuidar de quienes, como ellas, huían de los horrores de la guerra.

A fin de cuentas, podemos afirmar que esta construcción de género funcionó como un facilitador del acceso de las mujeres a ámbitos vinculados con estas labores. El acceso al poder se dio inicialmente a través de la transferencia de estos roles tradicionales al terreno político. El cuidado, por tanto, no es algo que pertenezca únicamente a la esfera privada o familiar, sino también a las estructuras de poder y a las entidades que operan dentro del Estado. Además, las necesidades surgidas de los contextos bélicos actúan como motor para estas “economías del cuidado”.

Asimismo, como se mostrará con la presente comunicación, no se trata de una idea que quedase en los discursos, sino que fue asimilada por la población en general. La encontramos materializada a través de la correspondencia, que permite observar la diferencia con la que se dirigen a estas figuras femeninas que no dejan de ser de poder, desde la confianza y la cercanía con la que tratarían a un conocido o familiar, incluso haciendo referencia a “su sexo” o al hecho de ser madres como elementos de mayor sensibilidad ante las demandas realizas.

ARCHIVOS

Archivo del Servicio Civil Internacional

(SCI) Centro Documental de la Memoria

Histórica Filmoteca Española

Hemeroteca Nacional

BIBLIOGRAFÍA

1. Alía Miranda, Francisco (2020), La otra cara de la guerra: solidaridad y humanitarismo en la España republicana durante la guerra civil, Mardrid, Sílex.

2. Branciforte, Laura (2022), El Socorro Rojo Internacional y Tina Modotti: la ayuda humanitaria a la población civil en la Guerra Civil. En: Barranquero Texeira, Encarnación y Prieto Borrego, Lucía, eds. La Desbandá, 1937. De Málaga a los Pirineos, Málaga, Secretaría de Estado de Memoria Democrática / Universidad de Málaga, pp. 145-152.

3. Cenarro, Ángela (2005), La sonrisa de Falange: Auxilio Social en la guerra civil y en la posguerra, Madrid, Crítica.

4. Douglas, Lee y Rosón Villena, María (2020), The things they carried: a gendered rereading of photographs of displacement during the Spanish Civil War, Journal of Spanish Cultural Studies, 21 (4), 459-483.

5. Ginard Féron, David (2022), Matilde Landa y la solidaridad antifascista durante la Guerra Civil y la posguerra. En: Barranquero Texeira, Encarnación y Prieto Borrego, Lucía, eds. La Desbandá, 1937. De Málaga a los Pirineos, Málaga, Secretaría de Estado de Memoria Democrática / Universidad de Málaga, pp. 153- 161.

Contribución de las enfermeras de la Guerra Civil española al proceso de profesionalización en el siglo XX

Anna Ramió Jofre
Associació Febe d'Història d'Infermeria de llengua catalana
Anna.ramio@sjd.edu.es

&

Carmen Torres Penella
Associació Febe d'Història d'Infermeria de llengua catalana
carme.torres@udl.cat

INTRODUCCIÓN

La Guerra Civil española (1936-39) ha generado múltiples investigaciones de todo tipo. En el campo de la sanidad hay trabajos específicos como las acciones de las enfermeras de guerra. La organización sanitaria es esencial en tiempos de guerra, siendo las enfermeras un actor imprescindible tanto en el cuidado de soldados como de población civil. El contexto bélico ocasionó la necesidad de cuidados extraordinarios. La ya de por si escasez de enfermeras, se vio agravada porque las sanitarias religiosas les obligaron a dejar sus puestos de trabajo, especialmente en zonas republicanas. Las mujeres que mayoritariamente no se les permitió luchar en el frente, asumieron responsabilidades sociales de prestar servicios de ayuda como enfermeras tituladas o enfermeras formadas en la sanidad de Guerra. El estudio de sus microhistorias, analizada en su conjunto, adquiere sentido cuando se insertan en el proceso de profesionalización enfermera.

Las profesiones surgen de las demandas por parte de la sociedad de unos servicios de calidad, y son los estados quienes responden canalizando y delegando en las distintas ocupaciones profesionales, las competencias y responsabilidades que específicamente les corresponden. El proceso de profesionalización que siguen las profesiones, es un tema de estudio des de la perspectiva sociológica.

El proceso seguido por la profesión enfermera, es un proceso dinámico, inserido al proceso histórico que, consolidado, incorpora avances tanto en cuidados técnicos como en cuidados humanísticos. (1) (2) (3)

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es identificar los elementos de género, ideológicos, educativos, de identidad y práctica profesional de las enfermeras de Guerra que influyeron en el proceso de profesionalización en el siglo XX.

METODOLOGÍA

Se trata de una investigación cualitativa de historia oral, de testimonios directos de enfermeras, recopilados en el libro “Enfermeras de Guerra” (4) que ejercieron en el territorio catalán durante la Guerra Civil.También se han utilizado documentos de archivos, así como bibliografía de referencia.

RESULTADOS

El proceso de profesionalización seguido por la profesión enfermera en el siglo XX, muestra elementos que emergen en sus trayectorias profesionales y que atendiendo al contexto histórico, podemos afirmar que influyeron en el avance del proceso de profesionalización, como son: aspectos de género e ideológicos como el abrir camino a las enfermeras seglares; educativos como la valoración de la formación para ser útiles y competentes; y de identidad como la asunción de autonomía profesional, el desarrollo del cuidar humanístico y altruista, y la creatividad dada la escasez de recursos. Estos elementos son inherentes y fundamentales en las profesiones sanitarias.

La atribución de género en la Enfermería es aceptada históricamente como un factor importante que afecta a su invisibilidad. (5) Antes de la contienda, la práctica asistencial, de los cuidados de enfermería en los centros sanitarios oficiales y privados del territorio catalán, estaban atendidos principalmente por comunidades religiosas. Las enfermeras seglares, en minoría, estaban bajo sus órdenes. Las primeras semanas de guerra, el personal sanitario religioso, se vio obligado a dejar los centros de trabajo, casas y conventos. (6) Los bienes de la Iglesia y de las Ordenes y Congregaciones religiosas fueron confiscadas por la Generalitat y dedicadas a obras de carácter sindical, social y administrativas. (7)

La falta de enfermeras para cubrir los puestos de trabajo de las religiosas, unido a la extraordinaria necesidad de atención sanitaria de la población, tuvo a la larga, un efecto potenciador en la profesionalización de las enfermeras seglares, al ser una oportunidad de aprendizaje para muchas jóvenes que deseaban ser útiles como enfermeras voluntarias de guerra. (8)

La formación es esencial en el avance profesional. La Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona fue el único centro oficial de Catalunya que a pesar de la guerra prosiguió con la formación de enfermera. La necesidad de cuidados de enfermeras competentes en las instituciones de Sanidad y Asistencia Social de la Generalidad catalana, Ayuntamientos y Consejo de Sanidad de Guerra, favoreció la promoción académica de las jóvenes voluntarias que trabajaban sin titulación oficial, facilitando por decreto, matricula especial de guerra y otorgando, previo examen, certificado de aptitud que acreditaba su capacidad para trabajar de enfermera. (9)

En su práctica diaria, tanto las enfermeras con titulación oficial previa, como las enfermeras que se formaron durante la guerra, una de las actitudes que destaca

en todas ellas, es que toman conciencia de la necesidad de aprender para ser útiles. Ejemplos de ello, son los testimonios de: Carmen Noguera, enfermera recién titulada en la Escuela de enfermeras de la Generalitat de Catalunya, aprendiendo específicamente a cuidar enfermos de tuberculosis en el Sanatorio "Els Pins", centro anexo al Hospital Clínico de Barcelona (10); el de Victoria Santamaría recibiendo formación de médicos y enfermeras durante tres meses en el hospital de Cambrils donde trabajaba (11) o María Sans, formada por enfermeras y médicos de las brigadas internacionales en el Hospital de Mataró. (12)

Aunque las enfermeras eran muy jóvenes en experiencia, el contexto y la gravedad de los heridos de guerra, hizo que asumieran rápidamente su rol, generando a su vez autonomía profesional cuando las situaciones lo requerían dado que era imperativo hacerlo. De este modo, alcanzaron un alto grado de responsabilidad y compromiso, signo inequívoco de una identidad profesional fuerte. Casos como el de Ana Mª Viñas aplicando un tratamiento de soporte en cuidados emocionales a los soldados con shock postraumático (13); el de Alegría Royo cuidando heridas de guerra en partes sensibles como la cara (14); Pilar de Viala, responsabilizándose de las anestesias en quirófano (15); y de Ramona Gurnes, formada en comercio, asumiendo, además de los cuidados, la dirección administrativa de la Clínica del Remei de Barcelona (16), son muestras de la asunción de autonomía profesional.

Las enfermeras desarrollaron cuidados con base humanística, ante la crueldad de los escenarios de guerra, que transciende el deber de cuidar y tiene como base la dignidad humana. Cuidaban por igual a soldados heridos de ambos bandos, como es el caso de Emilia Santaolalla, enfermera en el hospital de Tremp (territorio nacional), no solo cuido a soldados prisioneros republicanos gravemente heridos, sino que después de la contienda, indico a sus familiares donde estaban enterrados (17); o como explica Pilar de Viala, ante los que, ingresaban moribundos, tras un combate, les proporcionaban colchones, trasladando a los menos graves en el suelo. Procuraba que muriesen en cama y acompañados (15). La ropa de los enfermos, si era necesario, se la llevaban a su casa a hervir y lavar, como explica Guadalupe Cussó (18); o como relata María Sans, cuando por necesidades de sangre, las enfermeras morían a consecuencia de donar demasiadas veces en transfusiones directas. (12)

En el periodo de guerra los recursos eran escasos, en sus relatos las enfermeras muestran la creatividad que desarrollaron para cuidar. El testimonio de Guadalupe Cussó, explica que, en el Hospital de Igualada, la hermana Vedruna Angels Ripoll, enfermera titulada, realizó operaciones de urgencia ante la falta de cirujanos (18). Pilar de Viala, narra los instrumentos domésticos que se utilizaba en anestesia, como un colador de cocina y gasa empapada en éter para administrar los anestésicos. (15)

CONCLUSIONES

El potencial de cuidados desarrollado por las enfermeras en la Guerra Civil fue clave en el proceso de profesionalización enfermera del siglo XX. Aunque en la postguerra hubo intentos de las órdenes religiosas de control del colectivo, el cambio iniciado por las aportaciones de las enfermeras durante la guerra, se consolido en pocas décadas, a pesar del contexto adverso de la dictadura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dominguez-Alcón, Carmen. Kholen, Helen. Tronto, Joan. (2017), El futuro del cuidado. Comprensión de la ética del cuidado y de la práctica enfermera, Barcelona, San Juan de Dios. Campus Docent.

2. Consell de Col.legis de les infermeres i infermers de Catalunya (2013), Codi d'Ètica de les infermeres i infermers de Catalunya, Barcelona, Consell de Col. legis de les infermeres i infermers de Catalunya.

3. Ramió, Anna, Torres, Carme, Gallego, Gloria. (2023), L'Humanitarisme de les infermeres en la Guerra Civil española. Gimbernat. 79,103-120.

4. Ramió, Anna, Torres, Carme. (coord.) (2015) Enfermeras de Guerra, Barcelona, San Juan de Dios. Campus Docent.

5. Arroyo, Almudena, Lancharro, Inmaculada, Romero, Rocio, Morillo, MªSocorro (2011), La Enfermería como rol de género, Índex Enfermería, 20,4,248-251.

6.Butlletí Oficial de la Generalitat de Catalunya, Decret 5 agost 1936. Establint la destinació de bens de persones, església i ordes religioses. A: BOGC [Barcelona], 220 (7 agost 1936), p. 946).

7.Torres, Carme (2010) La infermeria en la Guerra Civil española a Lleida: Infermeres, practicants i comadrones. [Tesis Doctoral, Universidad de Alicante].

8.Torres, Carme, Ramió, Anna (2020), Contingencies d'infermeria en els centres sanitaris de Barcelona durant la Guerra Civil, Gimbernat, 73, 115-132.

9. Generalitat de Catalunya. Sanitat i Assistència Social. Decret núm. 163, dissabte 12 de juny de 1937. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. pp. 909-910.

10. Ramió, Anna, Torres, Carme, (2024), Carme Noguera Falguera. Infermera, filla i neta d'Hospitalers d'Olot, Gimbernat, 82,129-148.

11. Valls, Roser (2015), Y surgió el amor: Victoria Santamaria, en Ramió, Anna, Torres, Carme. (coord.) Enfermeras de Guerra, Barcelona, San Juan de Dios. Campus Docent, pp.111-117.

12. Valls, Roser, (2015), Realidad y ficción, En Ramió, Anna, Torres, Carme. (coord.) Enfermeras de Guerra, Barcelona, San Juan de Dios. Campus Docent, pp.118-123.

13.Ramió, Anna, (2015), Quería empezar a volar y me cortaron las alas, En Ramió, Anna, Torres, Carme. (coord.) Enfermeras de Guerra, Barcelona, San Juan de Dios. Campus Docent, pp.71-75.

14. Torres, Carme, (2015) Futuro truncado En Ramió, Anna, Torres, Carme. (coord.) Enfermeras de Guerra, Barcelona, San Juan de Dios. Campus Docent, pp.97-110.

15. Roldán, Aurora (2015) Deber humanitario En Ramió, Anna, Torres, Carme. (coord.) Enfermeras de Guerra, Barcelona, San Juan de Dios. Campus Docent, pp. 158-162.

(16. Domingo, Almerinda (2015) Asistencia y gestión En Ramió, Anna, Torres, Carme. (coord.) Enfermeras de Guerra, Barcelona, San Juan de Dios. Campus Docent, pp. 87-94.

17. Torres, Carme (2015) Deber cumplido En Ramió, Anna, Torres, Carme. (coord.) Enfermeras de Guerra, Barcelona, San Juan de Dios. Campus Docent, pp.124-130.

18. Valls, Roser (2015) A pesar de las dificultades externas En Ramió, Anna, Torres, Carme. (coord.) Enfermeras de Guerra, Barcelona, San Juan de Dios. Campus Docent, pp.140-147.

8.

LA IMPORTANCIA DE LAS FUENTES ORALES EN LA PRESERVACIÓN DE LA MEMORIA COLECTIVA. EL PROYECTO “PRESERVEM LA MEMORIA”

COORDINADORA

Amèlia Guilera Roche
Enfermera. Associació Febe d'Història d'Infermeria de Llengua Catalana
ameliaguilera56@gmail.com

PRESENTACIÓN

En el marco del XIX Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina: "La construcción histórica de la salud: saberes, prácticas, experiencias e imaginarios" se propone una Mesa Temática sobre preservación de la memoria de los colectivos profesionales, para resguardar su identidad, considerando esta memoria una herramienta en la construcción del futuro.

OBJETIVO

Presentar el proyecto "Preservem la memòria" del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona, basado en la recogida, indexación y almacenamiento de fuentes orales, exponiendo la situación actual del proyecto así como las propuestas futuras de desarrollo que permitan seguir profundizando en el material obtenido.

MARCO TEÓRICO

Las fuentes orales han sido, desde tiempos inmemoriales, un pilar fundamental en la preservación de la memoria colectiva de los pueblos. Antes del desarrollo de la escritura, la tradición oral era la única forma de transmisión de conocimientos, historias y costumbres de generación en generación. En la actualidad, aunque las tecnologías de la información han cambiado radicalmente la forma en que se puede almacenar el conocimiento, las fuentes orales siguen siendo un recurso indispensable para la investigación histórica y antropológica. Halbwachs sostiene que la memoria colectiva entendida como el conjunto de recuerdos compartidos por un grupo de individuos, es construida y sostenida por el grupo social que lo transmite a lo largo del tiempo, lo que significa que su preservación depende en gran medida de la interacción entre sus miembros (1). Dentro de este proceso, la oralidad juega un papel crucial, ya que permite mantener vivas narrativas que no siempre quedan registradas en documentos escritos o archivos formales.

Como sostiene Mercedes Vilanova "la historia oral permite recuperar la voz de los sin voz" (2), es decir, de aquellos actores sociales cuyas experiencias

no se encuentran reflejadas en los documentos oficiales o en los discursos dominantes. En nuestro caso se trata de hombres y mujeres que narran su actividad cotidiana, su trabajo diario, un aspecto que en muchas ocasiones no consideran relevante y que al trenzarse mediante un relato que se suma al de otros actores que han vivido experiencias semejantes se convierte en parte de la historia de un colectivo profesional. Vilanova plantea que la historia oral no es únicamente una técnica de recopilación, sino una forma de democratizar el conocimiento histórico, descentralizando la autoridad del historiador y dando espacio a la subjetividad de los protagonistas.

El uso de fuentes orales en la investigación histórica ha permitido recuperar testimonios que de otra manera se habrían perdido. Como señala Ferrándiz, las entrevistas no solo proporcionan datos sobre eventos históricos, sino que también revelan la manera en que las personas interpretan y dan significado a los eventos vividos (3). Las fuentes orales no solo documentan hechos, sino también emociones, percepciones y subjetividades, tienen una gran capacidad para preservar la dimensión emocional de la experiencia humana, el tono de voz, las pausas, las emociones que afloran durante la narración enriquecen el contenido informativo y permiten comprender mejor como han vivido una época o un suceso determinado y el impacto que les generó, aspectos que enriquecen la comprensión de la historia, así la subjetividad no debe ser vista como un obstáculo para el conocimiento, sino como una dimensión fundamental para comprender los procesos sociales desde dentro (4).

Además de su función en la investigación histórica, las fuentes orales desempeñan un papel clave en la preservación de la identidad cultural. Como argumenta Molina y Córdoba, la tradición oral es un vehículo para la transmisión de valores, normas y conocimientos dentro de una comunidad (5). Las historias transmitidas oralmente fortalecen los lazos intergeneracionales y garantizan la continuidad de la memoria colectiva, abren un camino de conocimiento para las nuevas generaciones a lo largo del tiempo, así es necesario velar por los procesos de interpretación e indexación de los materiales recogidos y su correcta conservación y digitalización para proteger el legado cultural frente a la globalización y la homogeneización cultural.

CONCLUSIONES

El proyecto “Preservem la memòria” impulsado por el Col·legi Oficial d’Infermeres i Infermers de Barcelona, se configura como un repositorio de entrevistas para la preservación de la memoria oral de las enfermeras y enfermeros de la demarcación de Barcelona. El proyecto recoge las fuentes orales de aquellos profesionales que ya no están en activo mediante una entrevista en profundidad grabada en video, transcribe el contenido de la entrevista y con un tesauro generado a partir de los conceptos expuestos por los entrevistados, se indexa el contenido para facilitar su recuperación. El proyecto se inició en 2021 y actualmente presenta las siguientes cifras: 215 profesionales entrevistados 173 entrevistas publicadas. Es a partir de estos resultados que se abren otras posibilidades de futuro para seguir trabajando con la memoria histórica del colectivo de enfermeras y enfermeros de

Barcelona, relacionadas con la visibilidad, la generación de nuevo conocimiento y la preservación de materiales y utillajes donados por los entrevistados.

Nuestra decisión de trabajar con fuentes orales surge del convencimiento de que son fundamentales para preservar la memoria colectiva, no solo por los hechos y vivencias que transmiten, sino en la forma en que lo hacen, expresando emoción y subjetividad, en un tiempo en que a veces nos encontramos con olvido selectivo, escuchar y registrar las voces del pasado se convierte en un acto de alto valor ético.

La mesa propuesta se compone por las siguientes comunicaciones:

1. El proyecto "Preservem la memoria". Carmina Olivé, Carme Vila, Montse Venturas.

2. El tratamiento de las fuentes orales. Transcribir e indexar para facilitar el acceso y la recuperación. María José Serrano, Marta Perpiñá.

3. El repositorio al alcance de todos. Una visita guiada al repositorio. Acceso desde el tesauro. Marta Perpiñá. Blanca Virós.

4. La riqueza del repositorio. Carme Noguera 110 años. Anna Ramió, Amelia Guilera.

5. Proyectos de futuro. Borja Manzanares, Blanca Virós.

BIBLIOGRAFÍA

1. Halbwachs, M. (1992). *On collective memory*. University of Chicago Press

2. Vilanova, M. (2002). *La historia oral: métodos y experiencias*. Madrid: Editorial Síntesis.

3. Ferrándiz, F. (2021). *El pasado bajo tierra: Exhumaciones contemporáneas y memoria histórica en España*. Anthropos Editorial.

4. Moreno Pestaña, J. L. (2010). *Moral y política en el trabajo sociológico de Pierre Bourdieu*. Madrid: CIS.

5. Molina, J., & Córdoba, R. (2022). *Narrativas orales y memoria cultural en América Latina*. Ediciones del Sur.

El proyecto "Preservem la memoria"

Carmina Olivé Ferrer
Enfermera. Associació Febe d'Història d'Infermeria de Llengua Catalana
olivecarmina@gmail.com

&

Carme Vila Gimeno
Enfermera. Associació Febe d'Història d'Infermeria de Llengua Catalana
carmenvg@blanquerna.url.edu

&

Montserrat Venturas Nieto
Enfermera. Associació Febe d'Història d'Infermeria de Llengua Catalana
mventura@clinic.cat

INTRODUCCIÓN

"*Preservem la memoria*" nace de la necesidad surgida por las frecuentes donaciones por parte de las colegiadas jubiladas evidenciando su deseo de ceder y/o donar su legado profesional, y la necesidad de conservarlo. Éste fue el origen del proyecto.

Un proyecto complejo que parte de diferentes propuestas y necesidades que se generan en el seno del Servicio de Biblioteca y Documentación Enfermera (SBDI) del Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona (COIB). Por una parte, documentalistas de la biblioteca reciben documentación y objetos varios (utillaje, indumentaria, fotografías, documentos…, y un anecdotario entrañable que no se podía perder). Por otra parte, un equipo de investigadoras en historia enfermera, de la asociación Febe, tienen el deseo de recuperar la memoria oral del colectivo. El diálogo permite aunar intereses y estrategias.

La propuesta de proyecto se aprueba en la Junta de Gobierno del COIB el 8 de julio de 2021, y en octubre del mismo año se inicia.

Dicho proyecto consiste en elaborar un fondo de testimonios de enfermeras y enfermeros recuperando, materiales representativos de diferentes épocas y ámbitos del ejercicio profesional en diferentes formatos (vídeos, fotografías, utillajes, indumentaria, documentos, etc.).

Se trata de una iniciativa innovadora que se dirige, fundamentalmente, a personas o entidades que quieran llevar a cabo actividades de investigación o divulgar

la evolución de la profesión enfermera en nuestro entorno. El proyecto está impulsado por el SBDI del COIB, que se concibe como un espacio de intercambio de experiencias vividas por enfermeras, enfermeros y practicantes y cuenta con la colaboración de las áreas del Colegio y de sus órganos de participación.

OBJETIVOS DEL PROYECTO:

- Velar por la recuperación y conservación de la memoria de las enfermeras de Barcelona.
- Poner al alcance de todo el colectivo –y de la sociedad en general- la experiencia enfermera para que pueda ser *consultable y utilizable desde la perspectiva histórica*.
- Preservar el conocimiento enfermero para revertir en investigación sobre historia de la enfermería, con la finalidad de crear nuevo conocimiento.

MARCO TEÓRICO

Se trabaja con tres niveles de memoria:

- La memoria **individual**, organizada a partir de los recuerdos adquiridos desde la experiencia de vida de cada una de las profesionales entrevistadas;
- La **memoria colectiva**, se refiere a los recuerdos que la sociedad, en su conjunto, atesora, parte de la memoria individual. Ambas memorias existen mientras existe el recuerdo y, cuando la persona fallece, y con ella sus recuerdos, se genera.
- La **memoria histórica,** cuando los recuerdos de la persona desaparecen, la memoria se convierte en historia; ya no se pueden modificar los recuerdos, han quedado anclados en un espacio temporal formando parte de la memoria histórica del colectivo.

De este modo, sin apenas darnos cuenta, se ha ido elaborando la **identidad** del colectivo enfermero. Es por ello, por lo que el proyecto, pretende avanzar en la recogida de testimonios que quieran contribuir en preservar y hacer crecer esta identidad. La identidad por sí sola no existe, se construye desde el colectivo y se dirige hacia la sociedad.

METODOLOGÍA

La idea inicial era crear un repositorio de fuentes orales fácilmente consultable y, en base a esto, se empieza a estructurar la metodología más adecuada, enmarcándolo en un paradigma constructivista, con un diseño de carácter cualitativo. Se utiliza el método de historias de vida “laboral”, siguiendo la técnica del relato biográfico, dándole la mayor importancia al estudio y trabajo.

La recogida de información se realiza a partir de una entrevista individual y semi estructurada adaptada a cada perfil profesional. La realizan enfermeras expertas

en investigación cualitativa y grado de Dra. Se graban en vídeo y se transcriben de forma literal. Se distribuyen las entrevistas a las personas entrevistadas para su conformidad antes de ser procesadas.

FASES Y PROCESOS DEL PROYECTO

- *Selección de la plataforma tecnológica*: Después de evaluar la envergadura del proyecto y estudiar diferentes alternativas se optó por la herramienta Dédalo, por sus características, especialidad en gestión de patrimonio oral y fuentes complementarias y de código abierto.

- *Configuración del equipo multidisciplinar* la realización del proyecto se encarga a la asociación FEBE de historia de la enfermería de lengua catalana y a las documentalistas del COIB.

- *Selección de las enfermeras informantes* los sujetos de estudio son las enfermeras y enfermeros jubilados que forman parte del censo del COIB.

- *Diseño de documentos estructurales*

  - *Cuestionario previo* con dos partes diferenciadas, la primera atendiendo al perfil profesional y una segunda común de contenidos generales de la profesión. En su defecto se solicita un CV.

  - *Consentimiento informado.* Redactado por los servicios jurídicos del COIB, según requerimientos del proyecto y legalidad vigente.

  - *Donaciones* se cumplimenta para la donación de los objetos

- *Agenda de entrevistas* permite organizar todo el proceso, desde contactar con las participantes, gestionar fechas para los diferentes actores implicados (entrevistada, entrevistadora, servicios de grabación). Estado de cada participante

- *Grabaciones y postproducción* las grabaciones se hacen preferentemente en la sede del COIB. En caso de que cuando la/el informante no pueda desplazarse, el equipo entrevistador se desplaza al domicilio para realizar la entrevista. domicilio. Ocasionalmente por motivos de necesidad se realizan desplazamientos a las comarcas cercanas de las/los informantes colegiada/oss en el COIB. Posteriormente se hace la fase de producción. Cuando la entrevista está maquetada se envía a la persona entrevistada y a la entrevistadora, para recibir su consentimiento.

- *Transcripción* una empresa externa hace una transcripción literal que será la que se publicará subtitulada en catalán, castellano e inglés (con traductor automático).

- *Indización* se extraen los términos y conceptos clave que forman parte del tesauro, necesidad surgida a lo largo de las entrevistas realizadas. Se Indiza el conocimiento y Sistematiza el lenguaje mediante el tesauro especializado en enfermería, es dinámico y activo ya que se incorporan los conceptos que se van mencionando en las entrevistas.

- *Publicación en la web* fase final, se publica la entrevista en la que se ve la entrevistada y se oye su voz. Se incorpora una biografía para estimular su visualización.

RESULTADOS

En estos momentos se han entrevistado 218 profesionales, se dispone en el repositorio de 175 entrevistas transcritas, y 111 entrevistas indexadas.

CONCLUSIONES

- Partíamos de la necesidad de configurar la identidad enfermera y la memoria histórica a partir de la individual y la colectiva. Pensamos que el proyecto contribuye a ello y las diferentes estrategias usadas ayudan de manera adecuada.
- El acceso al proyecto está abierto para ser consultado y utilizado para el público en general y por supuesto a todo el colectivo enfermero.
- Ya se han realizado trabajos de fin de grado (TFG) basados en entrevistas publicadas en el proyecto, esto da testimonio de la utilidad de una base de datos sobre la historia oral de la enfermería.

REFERENCIAS

1. Amezcua M, Hueso Montoro C. (2006) Cómo elaborar un relato biográfico. Arch Memoria, 2004; 1. Disponible en: https://www.index-f.com/memoria/metodologia.ph.

2. Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona (2023), Preservem la memòria https://preservemlamemoria.coib.cat/

3. Corradini, L. (2006). «*No hay que confundir memoria con historia»,* dijo Pierre Nora. https://www.lanacion.com.ar/cultura/no-hay-que-confundir-memoria-con-historia-dijo-pierre-nora-nid788817/

4. Halbwachs, M. (1991). La mémoire collectve. https://es.wikipedia.org/wiki/Memoria_colectiva

5. Halbwachs, M. (1925). Les cadres sociaux de la mémoire. https://cdsa.aacdemica.org/000-038/660.pdf

6. Jellin.E. (2002). Los Trabajos de la memòria. Siglo XXI España.

7. Ruíz Olabuenaga, J.L. (2007). Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto.

8. Schulz, A. y Luckmann, T. (1977). Las estructures del mundo de la vida. Buenos Aires: Amorrortu.

9. Schwandt, Th. A. (1994). Constructivist, interpretivist approaches human inquiry. En Denzin y Lincoln, K. Handbook of qualitative research (p.118-137). California: Thousand Oaks Sage.

El tratamiento de las fuentes orales: transcribir e indexar para facilitar el acceso y la recuperación

María José Serrano Serrano
Documentalista
mariajose@elobrador.es

&

Marta Perpiñán Arias
Bibliotecaria en Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona
mperpinan@coib.cat

INTRODUCCIÓN

El proyecto *Preservem la Memòria*, impulsado por el Colegio de Enfermeras de Barcelona (COIB), nace con el objetivo de rescatar, preservar y difundir la memoria histórica de las enfermeras a través de sus voces. En un contexto en que las fuentes escritas han silenciado durante décadas la experiencia cotidiana y profesional de las enfermeras, la historia oral se convierte en una herramienta fundamental para construir un archivo vivo que reconozca su contribución al sistema de salud y a la sociedad.

Este enfoque permite recuperar relatos personales, trayectorias laborales, conocimientos prácticos y afectivos, así como testimonios sobre la evolución del sistema sanitario, las condiciones de trabajo y la identidad profesional de las enfermeras a lo largo del tiempo. Para garantizar el acceso y la utilidad de estas fuentes en la investigación, el archivo se construye a partir de un tratamiento riguroso de los materiales: la transcripción y la indexación de los testimonios.

Ambos procesos no solo permiten conservar la información, sino también ordenarla, interpretarla y ponerla en diálogo con otras fuentes, generando un corpus valioso para futuras investigaciones, acciones educativas y actividades de historia oral.

El tratamiento de estas fuentes orales es clave para garantizar su accesibilidad y utilidad en la investigación. Este proceso se divide en dos etapas principales: transcripción e indexación.

TRANSCRIPCIÓN: UNA HERRAMIENTA DE PRESERVACIÓN Y ANÁLISIS

En este proyecto se opta por una transcripción literal, que respeta las características del habla oral: pausas, repeticiones y matices del lenguaje. Este enfoque no solo preserva la autenticidad del testimonio, sino que también permite captar el contexto emocional y cultural de las experiencias narradas.

La transcripción cumple varias funciones fundamentales:

1. Preservación y accesibilidad: Convierte el contenido oral en texto, facilitando su conservación a largo plazo y su consulta sin depender de formatos o dispositivos específicos.
2. Análisis cualitativo: Permite identificar temas, patrones y matices que pueden pasar desapercibidos en una escucha superficial. Facilita la codificación y el análisis temático.
3. Comprensión: Leer una transcripción ayuda a captar detalles como modismos, giros profesionales o cambios de idioma.
4. Verificación: Aporta un registro fidedigno que otros investigadores pueden revisar o utilizar para replicar estudios.
5. Difusión: El texto facilita la cita, compartición y adaptación del contenido a distintos formatos de difusión.
6. Contextualización: La transcripción también recoge elementos no verbales (pausas, risas, silencios), aportando riqueza interpretativa.

VENTAJAS DE LA TRANSCRIPCIÓN MANUAL

Aunque puede ser un proceso laborioso, la transcripción manual aporta un valor insustituible:

Precisión: Las herramientas automáticas pueden fallar con nombres, jergas, acentos o cambios de idioma. Por ejemplo, muchas enfermeras cambian de catalán a castellano dentro de una misma frase, especialmente en contextos de urgencia. También es habitual el uso de términos técnicos en catalán con castellanismos asumidos por el colectivo, como “gotero” o “suero”.

Ejemplo 1: Vocabulario técnico en catalán con interferencias del castellano

“Quan arribàvem a fer la ronda, a vegades havíem de posar el gotero, però si no hi havia perfus disponibles, fèiem servir un sèrum salí improvisat.”

Una IA podría confundir “gotero” (castellanismo muy usado en la práctica oral) con un término sin sentido si espera una palabra estándar catalana como “goter” o “dispositiu de perfusió”, y “perfus” como una abreviación informal de perfusió, sin contexto.

Una persona transcribiendo manualmente reconoce que “gotero” y “perfus” son términos habituales entre profesionales, aunque no estén en el diccionario normativo, y los puede mantener o anotar con sentido.

Ejemplo 2: Alternancia de códigos (catalán + castellano) en un mismo fragmento

“Estava de guàrdia i de cop la pacient es va descompensar. Vaig cridar el metge i li vaig dir: ‘vine, que està haciendo un paro’. I vam començar el protocol de reanimació.”

Aquí vemos una frase clave en castellano en medio del catalán: “está haciendo un paro”. Es una forma rápida y coloquial de referirse a un paro cardiorespiratorio, que en contexto de urgencia se dice muchas veces en castellano, incluso entre catalanohablantes.

La IA puede fallar traduciendo erróneamente “paro” como “descanso” o “paró”; o uniendo todo en una sola lengua y perdiendo el cambio de código. Un transcriptor manual puede anotar ese cambio y, si se quiere, incluir una marca o nota explicativa por el valor que tiene el cambio de idioma como reflejo del uso real en contextos de presión.

Ejemplo 3: Influencia del habla local y cortes del audio

“…i llavors li vam posar lo suero, però com que no teníem més, vam anar al magatzem… [audio inaudible] …i vam improvisar una via amb lo que teníem.”

“lo suero” es un ejemplo de interferencia dialectal del catalán central, con uso de artículo castellano en frases técnicas. También hay un corte de audio, pero el transcriptor puede deducir (por el contexto) que se refiere a la falta de material y continuar con sentido. Una herramienta automática podría dejar frases incompletas o mal redactadas, rompiendo la coherencia.

Estos ejemplos muestran que en entrevistas con profesionales sanitarias hay un lenguaje técnico que se mezcla con expresiones informales y propias del entorno laboral. El catalán de Barcelona presenta interferencias del castellano que son habituales y relevantes para el registro oral.

- **Contexto sociolingüístico**: El catalán varía según la comarca. En Barcelona, por ejemplo, el habla puede estar influenciada por el castellano, mientras que, en zonas como Vic o Olot, el catalán es más cerrado y con más modismos locales. La transcripción manual permite mantener estos matices sin “corregir” el habla.
- **Interpretación del tono**: Frases como “*Sí, claro...*” pueden tener un tono irónico, resignado o afirmativo según el contexto. Una persona puede registrar esta carga emocional en la transcripción.
- **Segmentación adecuada**: Muchas veces las herramientas automáticas no distinguen bien entre quién está hablando, o no separan bien las frases. Transcribir manualmente nos permite organizar mejor los turnos de habla, los silencios importantes, las interrupciones o pausas naturales.

En resumen, la transcripción manual no solo trata de escribir lo que se oye, sino de interpretar correctamente el mensaje completo, incluyendo matices lingüísticos, culturales y emocionales.

COMPRENSIÓN PROFUNDA DEL CONTENIDO

Al transcribir directamente, las investigadoras se familiarizan a fondo con el testimonio. Esto enriquece la lectura e interpretación posterior, ya que permite:

- Detectar temas clave como rutinas, cuidados, jerarquías o emociones.
- Reconocer patrones discursivos o silencios con valor analítico.
- Identificar tensiones o contradicciones que no siempre son evidentes.

La transcripción, en este sentido, es también una forma de preanálisis y de conexión directa con el testimonio.

ADAPTACIÓN Y PERSONALIZACIÓN

La transcripción manual permite adaptar el texto a las necesidades del proyecto. Por ejemplo:

- Añadir marcas de tiempo para facilitar la navegación.
- Incluir anotaciones contextuales o explicativas.
- Generar versiones diferenciadas: transcripción completa, resumen temático o formato para subtítulos.

Esta flexibilidad hace que cada transcripción sea una herramienta útil tanto para el análisis como para la difusión.

PRIVACIDAD Y ÉTICA

Realizar la transcripción dentro del equipo garantiza la confidencialidad de los contenidos, algo esencial cuando se tratan temas sensibles o experiencias personales. Al evitar plataformas externas, se protege la intimidad de las participantes y se refuerza el compromiso ético del proyecto.

INDEXACIÓN: ORGANIZAR PARA RECUPERAR

Una vez transcritas, las entrevistas se indexan para facilitar su consulta y análisis. Este proceso consiste en asignar términos clave a los contenidos según un sistema estructurado.

Para mantener la coherencia terminológica, se ha desarrollado un conjunto de **tesauros específicos**, construidos a partir del análisis de las primeras entrevistas y ajustados al lenguaje del colectivo enfermero. Se han trabajado cuatro tesauros complementarios:

- Tesauro temático, que recoge el lenguaje profesional de las enfermeras, con términos técnicos, expresiones del cuidado y referencias a la organización sanitaria. ámbitos de la práctica, condiciones laborales, aspectos organizativos, emocionales y contextuales.

- Tesauro onomástico, que clasifica nombres de instituciones, lugares y colectivos mencionados.
- Tesauro de personas objeto de estudio, que identifica los perfiles profesionales o grupos sociales mencionados por las entrevistadas (como enfermeras, médicos, personal sanitario, personalidades, etc.). para facilitar su consulta y análisis.
- Tesauro cronológico, que permite ubicar los testimonios en un marco temporal, relacionando hechos biográficos con procesos históricos.

Ejemplo de indexación:

Fragmento transcrito: "*Quan vaig començar a treballar a urgències, el més dur era la manca de personal...*"

Términos asignados (del tesauro):

- Àmbit assistencial: Urgències
- Condicions laborals: Manca de personal, sobrecàrrega de feina
- Organització sanària: Ràtio infermera-pacients
- Pràctica professional: Documentació d'infermeria
- Impacte emocional: Estrès laboral

Este sistema facilita la localización de fragmentos relevantes, permite establecer conexiones entre entrevistas y mejora el análisis comparativo. Además, favorece la reutilización de los materiales con fines educativos o divulgativos.

La indexación no solo organiza, sino que también enriquece el archivo oral al permitir una lectura transversal del conjunto del proyecto.

CONCLUSIÓN

El tratamiento riguroso de las fuentes orales mediante transcripción e indexación permite no solo conservar las voces de las enfermeras, sino también dotarlas de estructura, legibilidad y accesibilidad para la investigación. En este proceso se pone en valor su conocimiento experto, sus vivencias y sus aportaciones al sistema sanitario.

El archivo resultante no es un simple repositorio de voces, sino una herramienta viva que favorece el análisis histórico, el reconocimiento institucional y la transmisión de saberes. Gracias a una metodología sensible, precisa y éticamente comprometida, se construye un espacio de memoria que reconoce la centralidad de los cuidados en la historia colectiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Firouzkouhi M, Zargham-Boroujeni A. Data analysis in oral history: A new approach in historical research. Iran J Nurs Midwifery Res. 2015 Mar-Apr;20(2):161-4.
Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4387636/

2. Graham-Perel, A., Julion, W.A., Beard, K.V. (2024). Leading through difficult times: the oral histories of Drs. Barbara Nichols, Beverly Malone, and Ernest Grant. Núrsing Outlook, 72 (4).
Disponible en: DOI: 10.1016/j.outlook.2024.102198

3. Halbwachs, M. (1950). *La mémoire collective.* Paris: PUF.

4. Hoon Lim S, Aloweni F, Ang SY, Ayre TC, Uthaman T, Hassan N, Lee KH, Teo LW, Ngoh SH, Chua YJ, Chen LJ, Shorey S. Memories of nursing in Singapore - an oral history approach. J Res Nurs. 2023 Feb;28(1):7-20.
Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10009082/

5. Nora, P. (1984-1992). *Les lieux de mémoire.* Paris: Gallimard.

La riqueza del repositorio. Carmen Noguera 110 años

Anna Ramió Jofre
Enfermera. Associació Febe d'Història d'Infermeria de Llengua Catalana
anna.ramio@sjd.edu.es

&
Amelia Guilera Roche
Enfermera. Associació Febe d'Història d'Infermeria de Llengua Catalana
ameliaguilera56@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El proyecto "Preservem la memòria", que está llevando a cabo el Colegio Oficial de enfermeras y enfermeros de Barcelona, nos ha permitido conocer en profundidad las trayectorias profesionales de enfermeras colegiadas de la demarcación de Barcelona. Profesionales jubiladas y con suficiente capacidad cognitiva para explicar sus experiencias y reflexiones. A través de la historia oral, hemos obtenido material base que explora la historia de la profesión enfermera del siglo XX. Este proyecto nos ha permitido compartir recuerdos y experiencias, mediante la recogida de datos, con soporte audiovisual. La realización del trabajo de campo lo realizamos enfermeras expertas en historia de la profesión de la "Associació Febe d'Historia d'Infermeria en llengua catalana". La finalidad del proyecto base es preservar la memoria del colectivo profesional mediante la creación de un sistema de recogida de información oral, materiales diversos y utillaje, que permita crear diferentes bancos de almacenaje a partir de un sistema de categorización para proporcionar la recuperación fiable y sencilla de la historia enfermera. Al mismo tiempo está abierto y al alcance de todo el colectivo para crear nuevos conocimientos.

Como marco teórico trabajamos con tres conceptos que constituyen la base del proyecto la *memoria individual,* la *memoria colectiva y* la *memoria histórica. La memoria individual* la entendemos como la capacidad de las personas para codificar, almacenar y recuperar los recuerdos que se han ido forjando a partir de sus vivencias personales. Son experiencias que el sujeto identifica como propias y únicas, en algunos casos están completas, en otras se recuerdan de forma parcial o con algún sesgo y que según indican Muller y Bermejo (2013), cuando son narrados pasan a formar parte de la memoria colectiva.

La memoria colectiva, es un concepto creado por el filósofo y sociólogo Maurice Halbwachs (1877-1945) que define a la agrupación de recuerdos y memorias relevantes, guardadas por la sociedad. Representan las vivencias de diferentes

personas que han compartido situaciones y contextos des de roles o posiciones diferentes. El agregado y la articulación de memorias individuales permite la reconstrucción en el presente de situaciones pasadas únicas.

La *memoria histórica* se construye cuando los hechos y situaciones relevantes que acontecieron en el pasado ya no pueden completarse ni modificarse porque las personas que lo vivieron han dejado de existir, o cognitivamente ya no son capaces de aportar datos y solo nos quedan sus memorias individuales y colectivas.

Según Ferrarotti (2007) las fuentes orales son consideradas como el resultado acumulado de múltiples redes de relaciones que vinculan a los seres humanos, en el que cada uno es un universo singular.

El objetivo de esta comunicación es reflexionar sobre la historia oral, como material esencial para la investigación histórica de una profesión, a través de la experiencia acumulada en la realización del Proyecto Preservem la memoria, centrándonos en el caso concreto la enfermera: Carmen Noguera Falguera.

En el proyecto, se trabaja desde la perspectiva cualitativa histórica, mediante la entrevista abierta y extensa, definida por Corbetta (2007) como la conversación guiada por el entrevistador, que realiza a un grupo de participantes, en este caso que nos ocupa, enfermeras y enfermeros, que cumplan los criterios específicos de estar jubilados, y con capacidad de narrar su trayectoria. El guion de la entrevista es flexible y abierto, se les pide a las participantes un currículum reducido, que sitúa y orienta a la entrevistadora experta en historia de este colectivo y, en consecuencia, estos datos, facilitaran e hilaran con más precisión el dialogo.

RESULTADOS

A lo largo de los últimos dos años, el desarrollo del proyecto en si mismo, proporciona resultados positivos y también las dificultades y sesgos de la propia historia oral. Esta reflexión se muestra a propósito de un caso, el de Carmen Noguera, enfermera de 110 años de edad, justamente su longevidad nos ha permitido encontrarnos ante una narración de situaciones y acontecimientos históricos narrados de forma directa, que hoy en día solo podemos encontrar en la historiografía existente. La primera entrevista extensa, en el marco del Proyecto, la realizamos en el año 2023, en su domicilio, puesto que, por su edad, la movilidad era limitada, no así su memoria y capacidad de explicar los recuerdos. Describe las figuras de su padre y su abuelo, hospitalarios del Hospital de Olot; los acontecimientos sucedidos en la Escuela d'infermeres de la Generalitat Republicana de Catalunya en la que había estudiado; las vicisitudes de enfermera de Guerra en el Hospital Clínic de Barcelona; la revalidación de los estudios de practicante, y el hecho de ser mujer en una época y sociedad patriarcal.

Esta primera entrevista nos impulsó a profundizar en su caso y el contexto vivido por ella. Seguir indagando supuso realizar entrevistas focalizadas de temas específicos, tener una conexión abierta con su hija, para cotejar datos concretos, y la labor de recogida de fuentes documentales en archivos y bibliografía de

referencia como por ejemplo el trabajo llevado a cabo por miembros de la asociación Febe sobre las enfermeras en la Guerra Civil española. Todo ello con la finalidad de validar i contextualizar el relato.

En base a este caso concreto, y por extensión a la experiencia acumulada en el proyecto, actualmente con más de 200 entrevistas realizadas, nos permite elabor cuatro reflexiones generales, que giran en torno a: primero para una buena recogida de datos es importante establecer una relación de confianza con el/la participante, solo si la comunicación entre ambas está bien instaurada, facilitará la conexión y el dialogo. En segundo lugar, tener la certeza de que las percepciones de las experiencias y acontecimientos vividos por la participante, son únicos, aunque existan recuerdos similares en otras personas que han convergido en el mismo contexto. Como tercer punto es necesario concretar los preparativos básicos de la entrevista con la participante y su entorno familiar. Se trata de establecer el lugar, y el tiempo de la entrevista, para asegurarnos un grado de intimidad suficiente, en un lugar tranquilo y una hora del día facilitadora. En cuarto lugar y no menos importante, es el papel de la entrevistadora que ha tratar de que la relación sea entre iguales, dejar hablar, saber escuchar, sin interferir, motivando, reafirmando, aclarando cuando sea necesario.

Al realizar el trabajo de campo, específicamente durante las entrevistas, las dificultadas o factores que hemos encontrado son: que la memoria es selectiva, incompleta y tiene sesgos constatables. Debemos tener en cuenta que el participante, es decir, la persona que estamos entrevistando, elige lo que quiere explicar y la forma de narrarlo en cada frase, así como aspectos y acontecimientos que por alguna razón no quiere manifestar. También a lo largo de la entrevista, en alguna ocasión, puede dar una respuesta diferente a la pregunta que el entrevistador específicamente realiza y que esta respuesta puede ser o no interesante para el tema de estudio.

Las ventajas que prevalecen en la historia oral, en detrimento de otras fuentes de información, en primer lugar, son la riqueza de los datos, no solo los que fluyen en una primera lectura, sino también los que emergen entre líneas y que se descubren a través de un análisis detallado en el que el investigador hace asociaciones y conexiones con fuentes teóricas y/o documentales o bien las señala como sugerentes e importantes para nuevos conocimientos. Al mismo tiempo, y no menos valioso, es la narración de confluencias con otras personas identificables que pueden en un futuro ser objeto de estudio.

Señalar también que es esencial el contexto vivido por la persona, por ejemplo, Carmen Noguera, nos explica desde los materiales no desechables utilizados en su época, los tratamientos habituales llevados a cabo, el lugar físico de formación y la residencia de estudiantes etc. Puesto que el contexto es historia, o el que es lo mismo, la historia es contexto, este trabajo llega a ser fundamental para la comprensión del fenómeno estudiado.

CONCLUSIONES

El estudio de estos testimonios orales de la historia, y de Carmen Noguera en particular, son fundamentales e imprescindibles para conocer el pasado reciente de nuestra historia enfermera.

El esfuerzo iniciado y desarrollado en este proyecto ha de revertir en la sociedad en general, generar nuevo conocimiento, y servir de modelo para otras Instituciones y profesiones.

A las enfermeras y enfermeros la recuperación de la historia oral, ayuda a visibilizar nuestro colectivo y al mismo tiempo fortalece nuestra identidad.

REFERENCIAS

1. Muller, Felipe, Bermejo, Federico (2013), Las fuentes de la memoria colectiva; los recuerdos vividos e históricos. Revista de Psicología, 31(2), 247-264.

2. Halbwachs, Maurice (2004), Los marcos sociales de la memoria, Barcelona, Anthropos.

3. Ferrarotti, Franco, (2007), Las historias de vida como método, Convergencia, *14*(44), 15-40. Recuperado en 21 de febrero de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352007000200002&lng=es&tlng=es.

4. Corbetta, Piergiorgio (2007), Metodología y técnicas de investigación social, Madrid, McGraw Hill/Interamericana de España.

5. Ramió, Anna, Torres, Carme (2024) Carme Noguera Falguera. Infermera, filla i neta d'Hospitalers d'Olot, Gimbernat, 82,101-120.

6. Ramió, Anna; Torres, Carme (coords.), (2015), Enfermeras de Guerra. 1a ed. Barcelona: Ediciones San Juan de Dios. Campus Docent.

7. Ruiz, Jose Ignacio, (2007) Método de investigación cualitativa, Bilbao, universidad de Deusto.

8. Valles, Miguel, S. (2000) Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional, Madrid, Síntesis Sociología.

9. Miller, Robert L., (2000). *Researching Life Stories and Family Histories*. California,Sage.

Proyectos de futuro: museización, Viquipedia y colaboración con otras entidades

Borja Manzanares Zaldívar
Presidente del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona (COIB)
bmanzanares@coib.cat

&

Blanca Virós i Pujolà
Bibliotecaria del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona (COIB)
bviros@coib.cat

&

Amèlia Guilera Roche
Enfermera. Associació Febe d'Història d'Infermeria de Llengua Catalana
ameliaguilera56@gmail.com

OBJETO DEL TRABAJO

"Preservem la memòria" es una iniciativa que nace con la voluntad de recuperar, conservar y difundir la memoria oral de las enfermeras jubiladas del área de Barcelona. El proyecto, impulsado por el Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona (COIB), ha sido posible gracias a la participación voluntaria de muchas profesionales que, a través de entrevistas personales, han compartido vivencias, aprendizajes y evolución profesional en contextos diversos.

Junto a los testimonios orales, se han recibido numerosas donaciones de objetos, fotografías, uniformes y otros materiales que enriquecen este fondo, dotándolo de un alto valor documental y patrimonial. Este repositorio no solo aporta claves para comprender la historia de la enfermería, sino también su papel esencial en la construcción del sistema sanitario actual.

"Preservem la memòria" no es un proyecto para mirar atrás con nostalgia, sino una apuesta decidida por poner el pasado al servicio del futuro. En un momento de transformación digital donde el conocimiento se reconfigura constantemente, esta iniciativa convierte la memoria en una herramienta de análisis, innovación y compromiso. Lo hace a partir de tres pilares clave: patrimonio, identidad y comunidad.

FUENTES Y METODOLOGÍA

La propuesta parte del análisis del fondo oral y documental recopilado hasta el momento y de las necesidades detectadas en los procesos de conservación

y difusión. Se fundamenta en criterios archivísticos y de gestión patrimonial, con una visión transversal que combina memoria histórica, tecnología y acción comunitaria.

LÍNEAS DE TRABAJO PROPUESTAS

1. Museización del contenido

La creación de un espacio de interpretación —físico y/o virtual— permitiría contextualizar los testimonios y objetos recogidos, haciéndolos accesibles al público general. Este espacio, integrado en el COIB y desarrollado con herramientas digitales, podría ofrecer una visión histórica y emocional de la evolución de la enfermería en Cataluña. No se trata de construir un museo estático, sino una constelación de voces que proyectan una memoria viva, plural y transformadora.

2. Colaboración con Wikipedia

Uno de los retos actuales en cuanto a visibilidad del trabajo de las enfermeras es su escasa presencia en plataformas de conocimiento abierto. La incorporación de perfiles destacados del repositorio en Wikipedia ampliaría el acceso a estos contenidos, garantizando su difusión más allá del entorno institucional y reforzando el conocimiento colectivo sobre la historia de la profesión.

3. Alianzas con otras entidades

Establecer sinergias con universidades, entidades patrimoniales o profesionales permitiría articular nuevas vías de divulgación y aprovechamiento del repositorio. Exposiciones, recursos pedagógicos y publicaciones pueden emerger de este fondo, promoviendo su utilidad académica y garantizando su sostenibilidad a largo plazo.

RESULTADOS ESPERADOS

Estas estrategias buscan asegurar la conservación activa del archivo, fortalecer su función social y cultural, y visibilizar la aportación histórica de las enfermeras. También se plantea explorar nuevas formas de representación digital como mapas interactivos, líneas del tiempo o constelaciones visuales, para que el conocimiento no quede archivado sino revitalizado, accesible e inspirador.

IMPACTO DEL PROYECTO HASTA LA FECHA

Desde su inicio, *Preservem la memòria* ha despertado un notable interés dentro y fuera del ámbito colegial. A día de hoy, el repositorio cuenta con más de 170 entrevistas completas, en las que se documentan trayectorias profesionales diversas —desde la atención comunitaria hasta la gestión hospitalaria o la docencia— reflejando la pluralidad de vivencias de las enfermeras catalanas.

Además, el proyecto ha dado lugar a colaborar en exposiciones, contenidos divulgativos para redes sociales, y acciones conmemorativas. Estas iniciativas

han servido para reforzar el sentido de pertenencia entre las colegiadas y para sensibilizar a la ciudadanía sobre la importancia histórica y social de la enfermería.

Asimismo, se han recibido centenares de objetos donados —uniformes, libros, instrumental clínico, fotografías, etc.— que están en fase de catalogación. Este fondo constituye un patrimonio material de gran valor, que complementa los relatos orales y enriquece las posibilidades de explotación futura del archivo.

FUTURAS LÍNEAS DE DESARROLLO

Actualmente, se está explorando la implementación de soluciones digitales avanzadas, como plataformas interactivas, la generación de recorridos virtuales que vinculen los relatos a espacios físicos relevantes.

A medio plazo, la voluntad es convertir *Preservem la memòria* en una referencia tanto a nivel estatal como internacional, en cuanto a prácticas innovadoras de preservación del patrimonio profesional.

CONCLUSIONES

Preservar la memoria no es quedarse a vivir en el pasado, sino reivindicarlo para transformar el futuro. Muchas historias desaparecen si no se documentan; muchas vocaciones se olvidan si no se relatan. “Preservem la memòria” propone una nueva forma de hacer historia: abierta, colaborativa y participativa. Porque la enfermería no es solo una disciplina técnica; es una práctica con raíces sociales, culturales y científicas profundas. Dar voz a su legado es un acto de justicia y de proyección colectiva.

REFERENCIAS

1. Ferrándiz, Francisco (2021), *El pasado bajo tierra: Exhumaciones contemporáneas y memoria histórica en España*, Barcelona, Anthropos Editorial.

2. Halbwachs, Maurice (1992), *On collective memory*, Chicago: University of Chicago Press.

3. López, María Candela (2016). *Memoria histórica: La construcción del patrimonio a través de los Relatos Orales*. II Congreso de la Asociación Argentina de Sociología. Asociación Argentina de Sociología, Villa María.

4. Manzanares Zaldívar, Borja (2025), *Preservar la memòria de les infermeres per projectar el futur de la professió*, The New Barcelona Post (2025/05/04), Disponible en: https://www.thenewbarcelonapost.cat/preservar-la-memoria-de-les-infermeres-per-projectar-el-futur-de-la-professio

9.

EXPERIENCIAS MÉDICAS Y ENFERMERAS EN GUERRAS Y POSGUERRAS ESPAÑOLAS DEL SIGLO XX

COORDINADOR

Javier Martínez Antonio
Universidad de Zaragoza
javier_martinez@posta.unizar.es

PRESENTACIÓN

El “regreso de la guerra” a primera línea del escenario internacional se ha acelerado tras la pandemia de covid-19 (1). Este emergente contexto bélico global exige una aproximación renovada a la relación entre guerra y medicina. En este sentido, ya desde los años 90 del siglo XX se planteó la cuestión esencial de si las guerras constituían o no un estímulo para el progreso médico. Roger Cooter, Mark Harrison y Steven Sturdy consideraron que era “exagerado” afirmar que los conflictos bélicos “hubieran provocado revoluciones en la práctica médica y la ciencia médica” (2). Más recientemente, Leo van Bergen ponía en la balanza los efectos favorables de la guerra en el desarrollo de áreas como el tratamiento de las heridas o en la experiencia práctica adquirida por los cirujanos, frente a las limitaciones de que la medicina en tiempo de guerra persiga como objetivo principal el retorno de los soldados al combate y no su curación, o que, en su transcurso, “desde un punto de vista científico, casi todas las condiciones necesarias para la investigación médica estuvieran ausentes” (3).

En definitiva, la influencia de los conflictos bélicos sobre los actores, las ideas, las técnicas y la organización de la asistencia y los cuidados de salud es compleja. En esta mesa temática se propone un acercamiento a dicha complejidad a través del concepto de “experiencia”, en concreto, se pretende “entender cómo las experiencias socialmente compartidas construyen conocimientos comunes y prácticas colectivas que, a su vez, contribuyen al desarrollo de políticas, normas e ideologías” (4). En este sentido, las múltiples identidades profesionales, de género y nacionales del personal sanitario y la diversidad de situaciones y tipos de pacientes en las guerras y posguerras – entre otras cosas – dieron y siguen dando lugar a experiencias médicas innovadoras, tanto en el plano científico y tecnológico, como en el institucional y administrativo.

Las comunicaciones reunidas en esta mesa estudian experiencias médicas que tuvieron lugar en situaciones de guerra y posguerra en la España metropolitana y colonial del siglo XX a partir de fuentes de archivo y bibliográficas españolas y europeas y combinando enfoques de la historia de la ciencia, los estudios

de género o los estudios coloniales. Respecto a los primeros, suscribimos una noción de "tecnología" muy amplia (5) que contempla no sólo nuevos instrumentos, dispositivos y equipamientos "técnicos", sino también la producción de nuevas categorías nosológicas y la puesta en marcha de nuevos dispositivos institucionales para el manejo de enfermos y heridos. Respecto a los enfoques de género, nos ayudarán a rectificar la visión androcéntrica que ha dominado el análisis histórico de la relación entre guerra y medicina y a visibilizar la participación de las mujeres en ella (6). Finalmente, es fundamental incluir los espacios extra-europeos en el estudio de estas cuestiones, más aún en el caso español en el que la interconexión entre los ámbitos metropolitano y colonial fue tan estrecha que llevó a un inusual grado de confluencia entre ambos (7).

Carlos Murillo Arribas y Xavier Garcia Ferrandis se ocupan en sus comunicaciones de la técnica denominada "cura oclusiva", en cuyo desarrollo los conflictos españoles, primero la Guerra del Rif y luego la Guerra Civil, desempeñaron un papel relevante. En el conflicto marroquí cristalizaron las contribuciones tempranas del médico militar Manuel Bastos Ansart, mientras que la contienda fratricida, concretamente la llamada Batalla de Valencia, fue el marco en el que los médicos militarizados José Tomás López Trigo y Josep Maria Massons emplearon dicho procedimiento. Por su parte, Javier Martínez Antonio reconstruye cómo en el transcurso de las campañas militares de conquista de los territorios asignados a España en Marruecos y el golfo de Guinea en la década de 1920 se realizaron ensayos clínicos con dos nuevos medicamentos de la casa alemana Bayer: la Germanina, eficaz contra la enfermedad del sueño y la Plasmoquina, contra el paludismo. Se analizará la planificación, realización y resultados de dichos ensayos, coordinados en última instancia por el prestigioso parasitólogo Gustavo Pittaluga.

Rubén Mirón González examina una iniciativa social desplegada en los centros de acogida infantil en la España republicana y los campos de refugiados republicanos en Francia, los llamados "rincones blancos". En estos se prestaron cuidados materno-infantiles a más de 8.500 niños entre abril y julio de 1939 gracias a la ayuda de la Office International pour l'Enfance. Esta iniciativa llegó a materializarse en el barco Winnipeg que evacuó más de dos mil refugiados españoles a Chile en agosto de 1939. Finalmente, Jon Arrizabalaga y Àlvar Martínez Vidal enfocan su atención al reducido colectivo de cirujanas internacionalistas que participaron en la Guerra Civil, la mayor parte de las cuales prestaron sus servicios en las Brigadas Internacionales. Su presencia en sí misma constituyó una innovación habida cuenta del alto grado de masculinización del ejercicio de la cirugía en aquel entonces. En la comunicación se propone una aproximación a sus perfiles biográficos y profesionales y a las especialidades y tareas por ellas desempeñadas, con particular atención a la intersección entre el género y la ideología.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Las comunicaciones presentadas a esta mesa han sido desarrolladas dentro del proyecto de investigación “Acción médica humanitaria transnacional e innovación tecnológica en espacios de confinamiento (1870-1950)”, financiado por el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad (PID2019-104581GB-I00) y sus autores forman parte del equipo de un nuevo proyecto “Crisis humanitarias, medicina y salud en tiempos de guerra y posguerra (1868-1956). Prácticas, experiencias, tecnologías” para el que se ha solicitado financiación al mismo organismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baciu, C.; Ostermann, F.; Wagner, W. (eds.) (2024), From Kabul to Kyiv: The Crisis of Liberal Interventionism and the Return of War, Número monográfico en Politics and Governance, 12.

2. Cooter, R.; Harrison, M.; Sturdy, S. (eds.) (1999) Medicine and modern warfare, Leiden, Brill.

3. Van Bergen, L. (2007), The value of war for medicine, Medicine, conflict and survival, 23 (3), 189-197.

4. Martín-Moruno, D.; Gorin, V. (2025), Introduction. Towards a history of humanitarian experiences, Emotions, History, Culture and Society, 9 (1), 1-16.

5. Foucault, M. (1989) Technologies of the Self, en Luther H. Martin, Huck Gutman y Patrick H. Hutton (eds.), Technologies of the Self, Amherst, University of Massachusetts Press, 1988, 16-49.

6. Bellafaire, J.; Graf, M. (2009) Women doctors in war, Austin, Texas A&M University Press.

7. Martínez Antonio, J. “Dos dedos de una misma mano”: propuestas para un nuevo análisis de las relaciones entre España y Marruecos a finales del siglo XIX, en J. Martínez, I. González (eds.) (2011) Regenerar España y Marruecos. Ciencia y educación en las relaciones hispano-marroquíes a finales del siglo XIX, Madrid, CSIC-Casa Árabe, 21-58.

Manuel Bastos Ansart y la cura oclusiva antes y durante la Guerra del Rif

Carlos Murillo Arribas
Universidad de Zaragoza
MIR Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"
carlismuar@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La cura oclusiva, o método cerrado, surgió en el siglo XX como una técnica para tratar fracturas abiertas que servía como alternativa a los procedimientos que dejaban las heridas expuestas, los más extendidos hasta la Primera Guerra Mundial. En su desarrollo jugó un papel importante la necesidad de atención rápida y efectiva al creciente número y gravedad de los heridos de extremidades que se dieron en los conflictos armados modernos. Según el relato historiográfico vigente, el estadounidense H. Winnett Orr expuso por primera vez el método en trabajos publicados entre 1921 y 1924. Aunque su innovación inicialmente no tuvo gran acogida a nivel internacional, la Guerra Civil Española, al marcar un hito en su aplicación masiva, contribuyó a su difusión, especialmente gracias al cirujano catalán exiliado en Inglaterra Josep Trueta, llegando a ser por ello denominada "método de Orr-Trueta".

En este trabajo trataremos de reconstruir la contribución que realizó al origen y desarrollo de la cura oclusiva el cirujano militar español Manuel Bastos Ansart, tanto antes como durante la Guerra del Rif (1921-1927). En general, se ha atribuido a Bastos haber iniciado el uso de la cura oclusiva en España durante ese conflicto (1,2), pero no se ha aclarado cuáles fueron sus técnicas específicas, ni si estuvo bajo la influencia de los trabajos publicados por Orr. En nuestra opinión, Bastos aplicó la cura oclusiva a casos de fracturas de húmero y llegó a ella, por un lado, desde la trayectoria que había iniciado en el Instituto Rubio con su maestro Adolfo López Durán; por otro lado, por su experiencia en Marruecos y las innovaciones de ciertos colegas de Sanidad Militar; y, finalmente, por influencia del cirujano argentino Pedro Chutro, que difundió en España algunos avances de la Primera Guerra Mundial.

Para realizar esta investigación hemos consultado, además de la autobiografía de Bastos *De las guerras coloniales a la guerra civil. Memorias de un cirujano* (1969), documentación del Archivo General Militar de Segovia, bibliografía primaria de la Biblioteca Nacional de España y del portal web BIUM (Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine) y prensa de la época disponible en la Hemeroteca

Digital de la Biblioteca Nacional de España, en la Biblioteca Virtual de Prensa Histórica del Ministerio de Cultura y en la biblioteca digital Gallica (Bibliothèque Nationale de France).

BASTOS, ENTRE MARRUECOS Y MADRID

Desde los inicios de su carrera, Manuel Bastos mostró una clara vocación por la cirugía, enfocándose con el tiempo en la ortopedia y la traumatología. Su formación fue doble: por un lado, académica y científica en el ámbito civil, y por otro, práctica y operativa en el entorno militar. Respecto a lo primero, en 1910 se incorporó al Instituto Rubio, centro pionero en la modernización médica en España, donde trabajó bajo la dirección de Adolfo López Durán, especialista en lesiones óseas tuberculosas. Allí desarrolló investigaciones en el campo de la biomecánica, fruto de las cuales publicó su tesis doctoral en 1912. De esta colaboración con López Durán, que se mantendría durante casi dos décadas, nació también en 1915 *La práctica del tratamiento de las fracturas de los miembros*, una obra con un enfoque eminentemente práctico, que consolidó su prestigio como referente en ese campo.

Respecto a lo segundo, Bastos ingresó en el Cuerpo de Sanidad Militar en 1907 y adquirió experiencia quirúrgica de gran valor en las campañas de Marruecos. En las operaciones que siguieron al Desastre del Barranco del Lobo en 1909, atendió a más de doscientos heridos y organizó su evacuación. En 1913 repitió esta labor en la región de Ceuta-Tetuán, donde no solo actuó en el frente, sino que acompañó a los heridos en todas las fases del tratamiento, desde el campo de batalla hasta el Hospital Militar de Urgencia de Madrid. Durante su servicio en Marruecos, Bastos fue testigo de las innovaciones quirúrgicas impulsadas por otros médicos militares como Sebastián Lazo García y Rafael Ramírez Rivas, que propugnaban el abandono de las amputaciones tempranas o la cura de urgencia de las heridas abiertas.

H. WINNETT ORR Y LOS ORÍGENES DE LA CURA OCLUSIVA

El cirujano estadounidense H. Winnett Orr, durante su servicio en la Primera Guerra Mundial en hospitales de Inglaterra, Gales y Francia, observó que las curas repetidas empeoraban el estado de las fracturas abiertas por arma de fuego durante el traslado de los heridos. Propuso por ello, para los fracturados que eran repatriados a los Estados Unidos, la inmovilización prolongada con escayola, incluso en heridas supurantes. En el Hospital de Savenay, pudo aplicar su técnica pese a cierta oposición, debido a la falta de férulas de Thomas para el elevado número de heridos que se recibían allí. Tras limpiar la herida y cubrirla con gasa vaselinada, aplicaba yeso sin presión excesiva y abría ventanas para poder controlar la herida durante el largo viaje.

Tras la guerra, adaptó este enfoque a su práctica civil en Nebraska, donde veía frecuentes osteomielitis crónicas resultantes de accidentes de trabajo en obreros industriales. En 1923 describió por primera vez su “método cerrado”, basado en dos principios: limpieza quirúrgica exhaustiva de la herida y completa

inmovilización con yeso cerrado durante 10 a 21 días. Posteriores publicaciones en el *Journal of the American Medical Association* en 1924 y en otras revistas, así como el tratado como *Osteomyelitis and Compound Fractures* (1929) le dieron mayor visibilidad en su país y a nivel internacional.

ACTUACIÓN DE BASTOS EN LA GUERRA DEL RIF

Tras un periodo alejado de la Sanidad Militar, Bastos se reincorporó a la misma tras el Desastre de Annual (1921). En las operaciones de "reconquista" del territorio perdido, el Ministerio de la Guerra organizó "equipos quirúrgicos" inspirados en la experiencia de la Primera Guerra Mundial. A Bastos se le puso al frente de un Hospital Base de Málaga donde fueron evacuados por buque-hospital cientos de heridos con fracturas que requerían cuidados prolongados. Los pacientes eran allí clasificados según el tipo de lesión: parapléjicos, fracturas en miembros superiores e inferiores, lesiones medulares, de cráneo, cara y nervios periféricos.

A medida que disminuyó el número de ingresados en Málaga, Bastos trasladó a los casos más graves al Hospital Militar de Carabanchel (Madrid), donde fundó una Clínica de Cirugía Ortopédica y Reeducación. Aunque el centro se especializó en rehabilitación, Bastos siguió atendiendo en Carabanchel a un elevado número de heridos, sobre todo durante los momentos más intensos del conflicto en 1924 (retirada de Xauen) y 1925 (desembarco de Alhucemas). Fue entonces cuando publicó en la revista *Tribuna Médica Española* su artículo *La práctica del tratamiento de las fracturas de húmero abiertas o* cerradas (1924) (1), en el que describió la aplicación de la cura oclusiva en una cincuentena de fracturas abiertas de brazo, incluyendo la inmovilización con yeso a través de un "aparato de abducción" que recordaba al "aparato de contención" que había propuesto con su maestro López Durán para el tratamiento de fracturas de húmero en niños en 1915. La publicación coincidió con la segunda visita a España del prestigioso cirujano argentino Pedro Chutro, quien realizó intervenciones quirúrgicas en el Hospital de Carabanchel a heridos de Marruecos.

CONCLUSIONES

Durante la Guerra del Rif, Manuel Bastos Ansart llevó a cabo una destacada labor en el ámbito de la cirugía ortopédica y la traumatología, centrándose especialmente en el tratamiento de las fracturas. En su artículo publicado en octubre de 1924, Bastos describe con detalle su "práctica" sistemática para el tratamiento de fracturas abiertas del húmero, basada en la limpieza meticulosa del foco de la herida y la posterior inmovilización rigurosa del brazo mediante un "aparato de abducción" diseñado por él mismo: un vendaje escayolado que mantenía la extremidad en una posición precisa de separación respecto al tronco. Sin embargo, Bastos no se atrevió a extender esta práctica a otras localizaciones anatómicas como el antebrazo o el muslo.

Es muy probable que, al momento de la publicación de su artículo, Bastos desconociera los trabajos contemporáneos del estadounidense H. Winnett Orr, pero parece haber conocido las experiencias del cirujano argentino Pedro

Chutro, durante la Primera Guerra Mundial a través de las conferencias que dio en España en 1921 y 1924. En suma, la práctica de Bastos puede entenderse como una forma particular de cura oclusiva, desarrollada en paralelo al método de Orr. Más que hablar de una única cura oclusiva, conviene pensar en varios procedimientos análogos surgidos en distintos puntos geográficos, que fueron adaptándose y transformándose al circular internacionalmente y al enfrentarse a las condiciones específicas de cada conflicto bélico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moratinos Palomero, Patrocinio, et al. (1998), Antecedentes en la escuela clásica española de cirugía militar conservadora del 'método español' de tratamiento de las fracturas abiertas, desarrollado por el Dr. Manuel Bastos Ansart en el Hospital Militar de Madrid-Carabanchel, entre 1921 y 1936, Medicina Militar, 54 (3), 183-188.

2. Salarich, Joaquín (1973), Nota biográfica del doctor Don Manuel Bastos Ansart, Anales de Medicina y Cirugía LIII, 232, 187-194.

3. Orr, H. Winnet. 1923. "A new method of treatment for chronic infections involving bone", Nebraska State Medical Journal, VIII, 2 (febrero), 50-52.

4. Bastos Ansart, Manuel (1925), La práctica del tratamiento de las fracturas de húmero abiertas o cerradas (Trabajo publicado en Tribuna Médica Española, octubre 1924), Artes Gráficas Plus Ultra, Madrid.

La cura oclusiva en la Guerra Civil Española: el caso de la Batalla por Valencia (1938)

Xavier Garcia Ferrandis
Investigador independiente
xaviergferrandis@gmail.com

Nuestro objetivo es determinar en qué medida los servicios sanitarios del Ejército Republicano utilizaron la "cura oclusiva" en el tratamiento de las fracturas abiertas en el transcurso de la denominada Batalla *por* Valencia. Para ello hemos llevado a cabo el vaciado de *La Voz de Sanidad del Ejército de Levante*, una revista -editada y publicada en Valencia- que recoge la experiencia de los médicos militares republicanos en aquellos hechos bélicos. Asimismo, hemos revisado el libro de "Traumatismos" del Hospital Provincial de Valencia correspondiente a los años 1937, 1938 y 1939.

Las fuentes consultadas no se refieren de manera explícita a la "cura oclusiva" en ningún caso. Sin embargo, todo parece indicar que esta opción terapéutica fue utilizada por los cirujanos republicanos en el abordaje de los heridos en la Batalla *por* Valencia. Es lo que parece señalar la descripción del método de tratamiento de algunas fracturas abiertas que los cirujanos hicieron en los artículos en los que publicaron su casuística.

Tras la reconquista de Teruel en febrero de 1938, el ejército sublevado llevó a cabo una serie de operaciones militares muy contundentes a lo largo del Maestrazgo de Castellón que lo llevaron al Mediterráneo el 15 de abril de 1938. El corte por Vinaròs (Castellón) supuso un duro golpe para la República por dos motivos. En primer lugar, porque significaba partir en dos el territorio leal (con el aislamiento de Cataluña que eso conllevaba); y, en segundo lugar, porque la ciudad de Valencia quedaba directamente amenazada; efectivamente, el 14 de junio de 1938, las tropas rebeldes ocuparon Castellón de la Plana, quedando Valencia a poco más de 60km. Todo parecía indicar que la capital pronto caería; sin embargo, la línea de defensas republicanas desde el sur de Nules hasta El Toro pasando por Viver (conocida como línea XYZ) logró detener el avance de las tropas franquistas en julio de 1938. Se iniciaba, así, la Batalla *por* Valencia, una serie de operaciones militares de defensa de la capital del País Valenciano de gran importancia estratégica que, sin embargo, ha quedado eclipsada por las grandes batallas de la Guerra Civil: Jarama, Guadalajara, Teruel, Belchite… (1).

El Ejército de Maniobra fue la fuerza militar que la República movilizó en esta batalla. El Ejército de Levante -que se había formado a lo largo de 1937- entró en

combate por primera vez durante la campaña del Maestrazgo, siendo englobado por el Ejército de Maniobra. Sin embargo, cuando en julio de 1938 el frente se estabilizó prevaleció el nombre de Ejército de Levante.

La ciudad de Valencia sentía la guerra más cerca que nunca, convirtiéndose en la retaguardia inmediata de esas operaciones militares. Efectivamente, los hospitales de la ciudad de Valencia, que hasta entonces habían recibido heridos de frentes alejados (Teruel, Madrid, Andalucía…), empezaron a recibir soldados caídos a pocas decenas de kilómetros. La batalla fue de tal intensidad que el sistema hospitalario de la ciudad tuvo que readaptarse: el Ejército de Levante contaba con dos hospitales de evacuación, el número 1, instalado en la Facultad de Medicina nueva; y, el número 2, en el hospital que en la etapa revolucionaria había recibido el nombre de “Pasionaria”. Hay que añadir, además, el Hospital Provincial de Valencia, ampliamente militarizado en aquella época (2, pp. 181-226) y el Hospital Militar, del que nos han llegado pocas noticias.

En marzo de 1938, en el devenir de esta campaña, la Sanidad del Ejército de Maniobra llegó a la conclusión de que en los frentes estabilizados -cuando los soldados permanecían atrincherados- el porcentaje de bajas por regiones anatómicas presentaba marcadas diferencias con respecto a frentes inestables, es decir, a tropas en combate. Se basaba en la casuística de las operaciones llevadas a cabo por ocho batallones durante cinco meses, es decir, de octubre de 1937 a febrero de 1938. Así, en las trincheras el % de heridos de cabeza y cuello aumentaba más del doble con respecto a los soldados en combate; los heridos en miembros superiores no experimentaban grandes diferencias; los heridos en miembros inferiores aumentaban en tropas en combate; y, lo más importante, los heridos en miembros en los dos grupos -tropas atrincheradas y tropas en combate- sumaban el 50% (3, p.6). Es decir, las heridas más frecuentes en las unidades del Ejército de Maniobra fueron las de los miembros, precisamente las susceptibles de ser tratadas mediante cura oclusiva.

Meses más tarde, reconvertido el Ejército de Maniobra en el de Levante, las estadísticas se mantenían. La nueva casuística incluía los meses de marzo, abril, mayo y junio de 1938, que reflejaba “operaciones de una dimensión hasta ahora desconocida por nosotros, tanto por su duración como por el número de las Unidades en ellas participantes. La ofensiva de los fascistas en el bajo Aragón les permitió llegar hasta la costa; su progresión a lo largo de ésta, con la pérdida por nuestra parte de Castellón y con el comienzo de la ofensiva italiana sobre la carretera Teruel-Sagunto, son las etapas más importantes de este período” (4, p. 2).

Además, se ofrecía una comparativa con la “guerra mundial” y “con las operaciones del primer período de nuestra guerra (inclusive la ofensiva de Brunete)”. Llamativamente, los porcentajes no difieren demasiado; en cualquier caso, los que nos interesa destacar aquí es que el sumatorio de heridos en miembros superiores e inferiores supera el 50% del total.

Así pues, parece lógico pensar que en los hospitales de Valencia donde ingresaban esos heridos se utilizó la cura oclusiva como opción terapéutica. Los cirujanos que hemos identificado que probablemente practicaron esta técnica son dos: José Tomás López Trigo (Cuba, 1887 - Valencia, 1975), traumatólogo militarizado del Hospital Provincial de Valencia; y Josep Maria Massons (Valls, 1913 - Barcelona, 2012), jefe de equipo quirúrgico en los hospitales de vanguardia. Y decimos probablemente porque el término "cura oclusiva" no aparece explícitamente en las fuentes consultadas (tampoco el de "método cerrado"). Aparece, eso sí, una descripción de la técnica, como veremos a continuación.

Massons se mostraba muy crítico con el tratamiento que recibían los fracturados: "El fracturado no es atendido con la rapidez que se atienda a los heridos de abdomen y cabeza". Además del retraso –"de ocho a veinticuatro horas-", el cirujano catalán censuraba que algunos colegas "sordos y ciegos a la experiencia siguen suturando sistemáticamente todas las fracturas abiertas" (5, p. 7). Asimismo, destacaba la importancia de una correcta inmovilización en el intervalo entre la línea de fuego (bien en el Puesto Sanitario de Batallón, bien en el Puesto de Clasificación) y el hospital de primera linea. Y reprobaba que "nos han llegado fracturados de fémur sin inmovilización ninguna (…) de tal manera que los movimientos del transporte provocaban vivos dolores en ellos" (6, p. 3).

Y aquí viene lo que consideramos la descripción de la cura oclusiva: "Para resaltar la importancia que la inmovilización para un fracturado tiene, solamente diremos que nosotros aplicamos un escayolado al acabar de intervenir una fractura abierta e inmovilizamos con férula de Cramer" (6, p. 3).

Tal era la importancia que Massons otorgaba al escayolado que la Jefatura de Sanidad del Ejército de Levante le sugirió la posibilidad de organizar equipos de "escayoladores" en los Puestos de Clasificación; sin embargo, Massons consideró que la idea no era viable porque "nosotros no comprendemos que se practiquen escayolados sin un quirófano al lado que lleve a cabo la profilaxis de la infección de los fracturados que *después* se inmovilizan. Si se crease tal equipo, aislado de los medios quirúrgicos, tendría que limitarse a escayolar las fracturas que no se han de intervenir, los sedales, precisamente las que menos lo necesitan y las que mejor toleran una evacuación" (6, p. 3).

Massons se refería, sin duda, a la necesidad de desbridar la herida (cura de Friederich) antes de ocluir la herida con la escayola. Asimismo, Massons diferenciaba claramente entre una fractura en sedal ("orificios de entrada y de salida diminutos" sin ninguna complicación) y una fractura abierta. Los primeros eran heridos menos graves y su tratamiento se podía demorar. Por el contrario, un herido con una fractura abierta era considerado grave y debía ser tratado cuanto antes.

Como hemos señalado, López Trigo era traumatólogo del Hospital Provincial de Valencia (HPV), un recinto hospitalario fuertemente militarizado durante la guerra. De hecho, la Sanidad Militar tenía entre 500 y 600 camas reservadas para militares, un espacio conocido como "Clínica Militar del Hospital Provincial"

(2, p. 215). Los cirujanos también resultaron militarizados y fueron distribuidos en siete equipos quirúrgicos. López Trigo dirigía el número 1.

Para comprobar si en el HPV durante la guerra se realizó la cura oclusiva hemos revisado parte de los libros de "Traumatismos 1937, 1938, 1939". Se trata de dos volúmenes de gran grosor que recogen los pacientes traumatizados, tanto civiles como militares. Llama la atención que hay una sistematización de datos tan sólida que recuerda a una historia clínica. Aunque no hay ninguna referencia explícita a la cura oclusiva, en el apartado "Tratamiento" se describe una técnica que, sin duda, se refiere a la misma: la colocación de escayola en el tratamiento de fractures abiertas. No solo eso, sino que además hay indicios que permitirían establecer una relación entre el tiempo transcurrido del traumatismo, la colocación de la escayola y la mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1.Galdón Casanoves, Edelmir (2010), La batalla por Valencia, una victoria defensiva, Valencia, Publicacions de la Universitat de València.

2. Garcia Ferrandis, Xavier (2015), L'assistència sanitària a la ciutat de Valencia durant la Guerra Civil, Valencia, Publicacions de la Universitat de València.

3. Anónimo (10 marzo 1938), Estadísticas sanitarias. Sobre el cálculo de bajas en reposo. Especificación de los heridos por regiones anatómicas, La Voz de Sanidad del Ejército de Maniobra, 2, 6.

4. Goryan, O. (18 agosto 1938), Algunos datos estadísticos de las últimas operaciones, La Voz de Sanidad del Ejército de Levante, 8, 2-3.

5. Massons, Josep Maria (10 octubre 1938), Hacia una mejor organización en el tratamiento de los fracturados, La Voz de Sanidad del Ejército de Levante, 9, 7.

6. Massons, Josep Maria (diciembre 1938), ¿Cómo mejorar la evacuación de los fracturados?, La Voz de Sanidad del Ejército de Levante, 11, 3.

En guerra contra la enfermedad : ensayos clínicos con Germanina y Plasmoquina en Guinea, España y Marruecos, 1922-1930

Javier Martínez Antonio
Universidad de Zaragoza
javier_martinez@unizar.es

INTRODUCCIÓN

El paludismo y la enfermedad del sueño se convirtieron en objeto preferente de las políticas sanitarias desplegadas en el primer tercio del siglo XX en España, Marruecos y Guinea. Su impacto epidemiológico, que ya era sustancial al inicio de ese periodo, se hizo todavía mayor como resultado del gran despliegue militar con el que la Dictadura de Primo de Rivera buscó garantizar la "paz social" en la península y conseguir la "pacificación" definitiva de los territorios africanos bajo soberanía española. A diferencia de otros países en los que alcanzaron importancia central estrategias de ingeniería medioambiental (desecación de tierras; agricultura intensiva; construcción de viviendas higiénicas), de erradicación de los mosquitos (anopheles, tse-tse) y de detección precoz de casos por examen hematológico, en el caso español la lucha contra ambas enfermedades puso el acento en la "profilaxis química" y el tratamiento individuales con medicamentos como la quinina o el atoxil (1). Un punto débil de dicha estrategia era el elevado coste de los fármacos empleados, que tenían que ser importados en su gran mayoría del extranjero, así como sus problemas de eficacia y toxicidad.

Tras la Primera Guerra Mundial, la compañía química alemana Bayer trató de recuperar su negocio en numerosos mercados internacionales que había dominado hasta entonces junto con otras empresas agrupadas en el consorcio IG Farben. Para ello, entre otras cosas, la compañía amplió su tradicional negocio centrado en los colorantes expandiéndose a otros ámbitos como los medicamentos. Para ello dio un gran impulso al complejo de investigación existente en su planta de Elberfeld (Wuppertal), en el que un gran número de médicos y químicos trabajaron en la creación de fármacos contra algunas de las principales enfermedades infecciosas. El doctor Wilhelm Roehl, discípulo de Paul Ehrlich, padre de la quimioterapia de síntesis, lideró los trabajos que llevaron primero en 1916-1917 a la síntesis del compuesto Bayer 205 o Germanina, eficaz contra la enfermedad del sueño y posteriormente en 1924-1925 a la de la Plasmoquina, primera quinina sintética, eficaz contra el paludismo. Tras el prematuro fallecimiento de Roehl, su sucesor Gerhard Domagk sinterizaría en 1932 el Prontosil, primera sulfonamida con eficacia contra infecciones bacterianas como las causadas por estreptococos (2).

En todos los casos, una vez sintetizados los compuestos químicos, fue necesario realizar experimentos en animales de laboratorio y ensayos clínicos en humanos antes de proceder a la comercialización. Para estos últimos, Bayer contó con la colaboración del Instituto de Medicina Tropical de Hamburgo (IMTH), con el apoyo de la Organización Sanitaria de la Sociedad de Naciones (OSSN) y con el respaldo de las administraciones sanitarias y/o de algunas instituciones científicas de los países en los que se le permitió testar sus fármacos, que incluyeron estados del sur y este de Europa y diversas colonias de África. Como solía suceder en aquella época, los ensayos clínicos carecieron de un marco legal y ético definido, por lo que los individuos a los que se administró la medicación no fueron informados de los objetivos y riesgos de aquéllos y quedaron expuestos a eventuales efectos tóxicos derivados de las propias características de los compuestos o de no haberse fijado todavía con seguridad su administración (3).

El objetivo de nuestra investigación es analizar el contexto militar y sanitario y reconstruir las circunstancias de los ensayos clínicos realizados con Germanina y Plasmoquina en Guinea, España y Marruecos entre 1922 y 1930. Estos ensayos contaron con la participación de destacados investigadores alemanes y con el apoyo logístico de la oficina comercial de la casa Bayer, pero también con la colaboración de la incipiente organización antipalúdica que se había puesto en marcha en España desde 1920. En este sentido, fue especialmente relevante fue el papel del doctor Gustavo Pittaluga, jefe de la lucha antipalúdica, catedrático de Parasitología en la Universidad Central y miembro de la Comisión de Paludismo de la Sociedad de Naciones (CPSN). Las fuentes que hemos empleado incluyen documentación del Archivo General de la Administración de Alcalá de Henares y del Bayer Unternehmensarchiv de Leverkusen, así como bibliografía primaria consultada en la Biblioteca Biomédica de la Universidad de Zaragoza y en la Hemeroteca digital de la Biblioteca Nacional de España.

LOS ENSAYOS DE PLASMOQUINA EN LA PENÍNSULA

El primer viaje de la CPSN que presidía Bernhard Nocht (también director del IMTH) fue a la URSS, los Balcanes e Italia en mayo-agosto de 1924. En octubre, quizás durante la visita a España de Ludwik Rajchman, director de la OSSN, para asistir al II Congreso Nacional de Ciencias Médicas celebrado en Sevilla, pudo aquél negociar con Pittaluga que la comisión visitaría la península en otoño del año siguiente, aunque finalmente, en abril de 1925, se adelantaría la visita al mes de agosto. Casi al mismo tiempo, con una sincronización que pudo resultar de contactos entre el IMTDH y Bayer, esta compañía decidió ensayar en España su nuevo medicamento contra el paludismo: la Plasmoquina. Éste había sido sintetizado a mediados de 1924 en los laboratorios de Bayer en Elberfeld. Unos meses después Roehl demostró su efectividad en canarios y en marzo de 1925 se habían llevado a cabo los primeros ensayos en pacientes psiquiátricos contagiados artificialmente con paludismo en el Manicomio de Düsseldorf. Faltaba realizar ensayos en palúdicos contagiados de forma natural y Bayer empezó a prepararlos en Hamburgo, en países visitados por la CPSN como Italia y Yugoslavia y en buques que realizaban rutas hacia destinos en África.

Pero antes, en España, donde la CPSN debía desplazarse próximamente, se decidió realizar "Vorversuche" (ensayos preliminares) con la variante más prometedora, pero todavía no definitiva, de la molécula sintetizada, a la que se llamó provisionalmente Beproquina. Se consideraron "preliminares" porque su objetivo principal no era examinar la eficacia del medicamento, sino fijar la posología que permitiera administrarlo con seguridad y que luego se tomaría como referencia para los ensayos clínicos propiamente dichos. Con este propósito, en abril o mayo de 1925, Bayer Elberfeld contactó con la oficina comercial de la compañía en España, la Unión Química y Lluch (UQL) de Barcelona, "para discutir la implementación de tales experimentos". En la UQL se había creado a finales del año anterior una "sección científica" de la que formaban parte los químicos Reinhold Krebs y Walther Schmidt y el médico Friedrich Reber. Esta sección consiguió el permiso de las autoridades sanitarias españolas para realizar los ensayos, tras lo cual Bayer decidió que sería el propio Wilhelm Roehl en persona quien se desplazaría a España en junio "para, en colaboración con el Dr. [Reinhold] Krebs [...], llevar a cabo investigaciones científicas sobre el paludismo" (4).

Como resultado de todo ello, en julio y agosto de 1925, dos figuras internacionales de la máxima relevancia en relación con el paludismo, Roehl y Nocht, estuvieron en España. El primero llegó a Barcelona el 15 de junio y salió inmediatamente hacia Madrid, donde fue recibido por el director general de Sanidad, Francisco Murillo, y por Pittaluga. Ambos le aconsejaron desplazarse al Delta del Ebro para realizar las primeras pruebas, pero tras visitar Tortosa y La Cava en compañía de Reber, debido al reducido número de enfermos disponibles para los ensayos, terminó dirigiéndose a Navalmoral de la Mata (Cáceres) y Talavera de la Reina (Toledo), que constituían el epicentro de la lucha contra el paludismo en España. Allí, durante los meses de julio y agosto, realizó ensayos con Beprochina en 19 pacientes, recibiendo visitas periódicas de Pittaluga y de Buen e intercambiando correspondencia con Reber. Antes de que regresara a Alemania, Bayer, viendo los resultados prometedores de su investigación, realizó dos solicitudes para registrar la patente de la Plasmoquina en España el 19 de agosto y el 10 de septiembre de 1925. Respecto a Nocht, llegó al frente de la CPSN a San Sebastián el 13 de agosto y permaneció en la península hasta el 7 de septiembre, cuando zarpó en barco desde Barcelona hacia Hamburgo. En ese periodo visitó las zonas palúdicas de Toledo, Extremadura, Andalucía, Levante y Cataluña (deltas del Ebro y Llobregat).

Algunos hechos apuntan a la coordinación existente entre las actividades de Roehl y Nocht. Por ejemplo, pocos días antes de la llegada de la CPSN a España. Roehl realizó una breve visita a Navalmoral de la Mata y Talayuela (Cáceres) y envió un informe a Bayer con una valoración del personal y las instalaciones de la lucha antipalúdica allí existentes que pudo ser de utilidad para la misión de Nocht. El informe señalaba, entre otras cosas, que el hospital de Navalmoral, que "deberá estar terminado en uno o dos meses […], se convertirá en un pequeño instituto [de medicina] tropical para España". Por su parte, Nocht invitó a Roehl a presentar los primeros resultados de sus ensayos con Beproquina

a los miembros de la CPSN. El investigador de Bayer destacó la eficacia que el fármaco mostraba contra las formas semilunares del plasmodio que causaba la enfermedad y e informó a sus superiores en Elberfeld de que:

"El hecho de que la Beproquina demuestre ser útil para combatir con éxito esta forma del parásito llevará a muchos teóricos y clínicos a proponer su uso contra la malaria tropical. Esta opinión me fue confirmada aquí el 18 de agosto cuando, a instancias del consejero privado Nocht y el profesor Pittaluga, informé brevemente de los resultados obtenidos hasta la fecha a la Comisión de Paludismo de la Sociedad de Naciones durante la sesión que celebró aquí en Talavera" (5).

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Ocaña, Esteban et al (2002) La acción médico-social contra el paludismo en la España metropolitana y colonial del siglo XX, Madrid, CSIC.

2. Hager, Thomas (2006), The demon under the microscope. From battlefield hospitals to Nazi labs, one doctor's heroic search for the world's first miracle drug, Three Rivers Press, New York.

3. Bonah, Christian (2007) Histoire de l'expérimentation humaine. Discours et pratiques, 1900-1940, Paris, Les Belles Lettres.

4. Bayer Unternehmensarchiv, Sección farmacéutica, Plasmochin, 507-003: Carta de los Drs. Bonhoeffer y Berendes al Dr. Krebs. Frankfurt, 26 de mayo de 1925.

5. Bayer Unternehmensarchiv, Sección farmacéutica, Plasmochin, 507-003: Carta de Wilhelm Roehl a la Farbenfabrik Bayer Elberfeld, Talavera de la Reina, 6 de Agosto de 1925.

Los rincones blancos como espacios para el cuidado materno-infantil durante la guerra civil española y el exilio, 1938-1939

Rubén Mirón-González
Universidad de Alcalá
Ruben.Miron@uah.es

Durante la Guerra Civil Española (GCE), la evacuación de niños desde la España republicana hacia Francia fue organizada bajo un acuerdo entre el Ministerio de Asistencia Social y la Confédération Générale du Travail. Bajo esta unión se creó en Valencia, en diciembre de 1936, el Comité d'accueil aux enfants d'Espagne (CAEE) (1). En noviembre de 1937 Victor Basch (1863-1944), filósofo francés de origen judío-austríaco precursor del CAEE (2), creó la Office international pour l'enfance (OIE). Esta fue una organización derivada del Comité international de coordination et d'information pour l'aide à l'Espagne républicaine (CICIAER) (3).

La OIE agrupó 17 comités nacionales coordinados desde París y estuvo presidida por el profesor Henri Wallon (1879-1962), médico especialista en psicobiología infantil (4). Los principales retos iniciales de la OIE fueron: coordinar la correspondencia, enviar delegaciones a España para conocer la situación infantil, informar regularmente a los comités nacionales y gestionar las compras y envíos a España (5).

Una de las iniciativas de la OIE fue la puesta en marcha de rincones blancos (RB) en centros de acogida infantiles. En la España republicana funcionaron, al menos, 52 "dispensarios blancos" (6) y en Francia 70 *coins blancs* (7) entre 1938 y 1939. El principal objetivo de esta iniciativa fue mejorar las condiciones de vida de niños y mujeres en los refugios, colonias o centros de acogida (7).

En la historiografía actual encontramos alguna alusión a los *coins blancs* de Francia (3,7,8) o RB de España (9). Sin embargo, echamos en falta trabajos que analicen esta iniciativa bajo una mirada transnacional. Los objetivos de este trabajo son conocer la actividad de los RB y visualizar el grado de continuidad en diferentes países. Para ello, se ha consultado prensa histórica accesible a través de la biblioteca digital Gallica (Bibliothèque Nationale de France) y la Biblioteca Virtual de Prensa Histórica (Ministerio de Cultura). Además, se ha consultado documentación del Centre des Archives Contemporaines de los Archives Nationales de France.

LOS RINCONES BLANCOS EN ESPAÑA

El primer RB comenzó a funcionar en España en octubre de 1938, concretamente en un antiguo convento de Barcelona convertido en refugio. Este lugar dio cobijo a población civil evacuada de varias zonas ocupadas por las tropas franquistas (10). Igualmente, se abrió otro RB en el Refugio Pasionaria (9). El principal cometido inicial del RB era garantizar, al menos, dos tomas de leche al día con una rebanada de pan y una porción de chocolate. El espacio habilitado era una habitación pintada de blanco y decorada con pinturas de personajes infantiles (11).



Ilustración 1: Primer coin en Barcelona (10). Fuente: gallica.bnf.fr / BnF.

Una de las personas que colaboró activamente con la OIE fue Nini Haslund-Gleditsch (1908-1996), activista política noruega reconocida por su labor social con la población infantil refugiada durante la GCE. Según Nini, a parte de garantizar la alimentación, en estos lugares se “enseñaban a las madres las normas de higiene alimentaria” (12).

Una de las fechas relevantes para la OIE era la Navidad. En diciembre 1938, el diario *L’Œuvre* animó a sus lectores a mantener económicamente un RB. Las modalidades de donación eran: 30 francos para garantizar la alimentación de un lactante durante un mes; 35 francos para el refugio y la alimentación de un niño; o 20 francos para costear un pack por niño que contenía dos botes de leche, 250 gramos de chocolate, un kilogramo de jabón, un juguete y una prenda de lana (13). Se logró reunir más de trescientos mil francos en poco más de dos semanas, una cantidad que se destinó a paquetes de Navidad y la instalación del RB del refugio Montseny de Barcelona donde se anunciaba a su vez cuidados médicos (14).

LOS RINCONES BLANCOS EN FRANCIA Y SU PASO HACIA CHILE

En julio de 1939, una delegada de la OIE compartió en prensa que Francia acogía unos ochenta mil niños, de los cuales setenta mil vivían con sus madres en refugios (15). Meses antes, la Conférence Nationale d'Aide Aux Réfugiés Espagnols mostró su interés en que los niños volvieran a una vida normal en Francia lo antes posible a través de la supresión de campos, el reagrupamiento familiar y la incorporación a las escuelas. Hasta que esto ocurriera, se dio importancia potenciar los RB para mejorar las condiciones de vida de los niños (16).

La situación de los centros de acogida fue muy dispar en toda Francia, especialmente entre la zona rural y la urbana (7). A modo de ejemplo, Châteaudun (Eure-et-Loir) contó con un RB desde el 20 de mayo de 1939, apadrinado por el Anglo American Comittee de Francia (17). Este RB daba cobertura a un grupo de colonias de refugiados que estaban desperdigados por las montañas próximas al municipio. En julio de 1939 contaba con 36 mujeres y 44 niños. El RB estaba siendo atendido por, al menos, dos delegadas elegidas por las propias madres. Para estas fechas, se anunciaba que existían más de una centena de RB en Francia (18).



Ilustración 2: Rincón blanco de Châteaudun (Eure-et-Loir) (15). Fuente: gallica.bnf.fr / BnF.

En mayo de 1939 Ormoy (Yonne) era el municipio francés con unos 400 habitantes. Para entonces contaba con 183 refugiados españoles, de los cuales 85 eran niños (18,19), y su RB venía funcionando desde el 27 de abril (17) apadrinado por la Comisión de Damas Pro Ayuda al Niño Español Refugiado de Uruguay. La asistencia sanitaria era llevada a cabo por una enfermera refugiada y las refugiadas denunciaban una falta de atención por parte del hospital francés de referencia. Entre las peticiones de las refugiadas se encontraba: productos de limpieza, libros en español, material escolar, lana para tricotar, así como ropa y calzado. Otra preocupación era el inminente parto de cuatro mujeres embarazadas (19).

La conocida iniciativa de los RB de la OIE fue materializada en el barco Winnipeg, carguero francés que se acondicionó para el traslado de 2050 refugiados españoles (1160 hombres, 540 mujeres y 350 niños) a Valparaíso (Chile) desde el puerto francés de Pauillac-Trompeloup (20,21). Para ello, la OIE envió a su delegada nacional Rose Morin, junto una delegada británica, para la dotación de material para el RB (22,23). El RB se estableció en una antigua sala de cine del barco, estaba destinado a niños de entre dos y ochos años y contó con juguetes, juegos y material como plastilina, lápices de colores o papel (24). Entre la tripulación encontramos a mujeres que fueron responsables de RB en tierra, como es el caso de Ignacia Colomé del RB de Labenne (Landes), Delia Sánchez de la colonia de La Couarde-sur-Mer (Charente-Inférieure), la cocinera de la colonia de Essoyes o la maestra del RB de Chartres. El barco contó con una enfermería dotada por diez personas de la Central Sanitaria Internacional, la cual complementó el RB preparando biberones para los lactantes (24).

La campaña de Navidad de los RB se mantuvo en 1939 por parte de Comités Femeninos del Interior de Uruguay. Gracias a estas mujeres, se colectaron cientos de prendas de ropa y piezas para la costura (25,26). Para entonces, existía una dificultad para la adquisición de leche en polvo en Francia y se apostó por la compra de copos de avena como alternativa. Esta realidad hizo que las donaciones mensuales ascendieran a 40 francos. Para entonces, restaban en Francia veinte mil niños refugiados (27).



Ilustración 3: Costurero del Comité de La Espada (Uruguay)(27). Fuente: Biblioteca Virtual de Prensa Histórica, Ministerio de Cultura.

A modo de conclusión podemos decir que los RB buscaban mejorar las condiciones de vida de madres y niños refugiados de la GCE y el exilio. Los espacios se centraron en el cuidado básico, pero también en la promoción de la salud. Llama la atención la ausencia de enfermeras en estos espacios, apareciendo de forma puntual bajo colaboración local.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Investigación financiada por los proyectos: “El exilio republicano andaluz de 1939”, financiado por la Consejería de Innovación, Ciencia y Empresa de la Junta de Andalucía; y 2) “Acción médica humanitaria transnacional e innovación tecnológica en espacios de confinamiento (1870-1950)”, financiado por el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad (PID2019-104581GB-I00).

BIBLIOGRAFÍA

1. Keren, Célia (2013), Négocier l’aide humanitaire : les évacuations d’enfants espagnols vers la France pendant la guerre civile (1936-1939), Revue d’histoire de l’enfance « irrégulière », 15, 167-183.

2. Dreyfus-Armand, Geneviève (2016), Mémoire des luttes, Plein Droit, 108, 44-48.

3. Velázquez Hernández, Aurelio (2024), El «Comité international de coordination et d’information pour l’aide à l’Espagne républicaine» (CICIAER) y la red frentepopulista de organismos de ayuda, Pasado y Memoria, 28, 89-114.

4. Rodriguez, Mari Carmen (2023), Itinérances politiques et éducatives franco-espagnoles. « Voir ce qui doit être vu » : les trois voyages d’Henri Wallon en Espagne républicaine de 1936 à 1938, Recherches en éducation, 50.

5. Alted Vigil, Alicia (2005), La voz de los vencidos: el exilio republicano de 1939, Madrid, Aguilar, p. 515.

6. Rhodes, Ione (2004), Con la España republicana en el corazón, Migraciones & Exilios, 5, 107-112.

7. Mirón-González, Rubén; González-Canalejo, Carmen (2019), La situación sociosanitaria de los refugiados civiles españoles en Francia, marzo-junio de 193, Dynamis, 39(2), 429-452.

8. Sodigné-Loustau, Jeanine (1996), L’accueil des réfugiés civils espagnols de 1936 à 1940 ; Un exemple : la région Centre, Matériaux pour l’histoire de notre temps, 44, 42-47.

9. Toran Belver, Rosa (2024), Menjar en temps de guerra. Joan Comorera front les necessitats alimentàries de la rereguarda, Segle XX, 16, 25-44.

10. *Voz de Madrid*, 5/11/1938, p. 8.

11. Sodigné-Loustau, Jeanine (1995), L’immigration politique espagnole en Région Centre: Cher, Eure-et-Loir, Indre, Loir-et-Cher, Loiret, de 1936 à 1946, Exils et migrations ibériques au XXe siècle, 2, 169-174.

12. Duroux, Rose (1995), Alice, Nini et les autres. La Norvège au secours des réfugiés espagnols (1936-1945), Exils et migrations ibériques au XXe siècle, 2, 63-95.

13. *L'Œuvre*, 21/12/1938, p. 3.

14. *Voz de Madrid*, 7/1/1939, p.3.

15. *Ce soir*, 2/7/1939, p.4.

16. *L'Avenir Normand*, 14/4/1939, p.3.

17. Office International pour l'Enfance, Rincón blanco, 31/7/1939, Archives nationales France, 20010221/9.

18. Conférence Internationale d'Aide aux Réfugiés Espagnols, 16/7/1939, Archives nationales France, 20010221/9.

19. *España Democrática*, 12/5/1939, p.7.

20. *La Dépêche*, 4/8/1939, p.3.

21. *L'Intransigeant*, 4/8/1939, p.3A.

22. *La France*, 4/8/1939.

23. *L'Humanité*, 4/8/1939, p.3.

24. *España Democrática*, 25/8/1939.

25. *España Democrática*, 15/11/1939, p.7.

26. *España Democrática*, 29/11/1939, p.7.

27. *España Democrática*, 6/12/1939, p.6.

Las cirujanas de las Brigadas Internacionales

Jon Arrizabalaga
Institución Milá y Fontanals-CSIC
jonarri@imf.csic.es

&

Àlvar Martínez-Vidal
Universitat de València
alanadamar@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En su gran mayoría, las mujeres implicadas en actividades sanitarias durante las guerras europeas de la primera mitad del siglo XX, trabajaron como enfermeras encuadradas en organizaciones humanitarias o en las filas de algún ejército. Tampoco escasearon las matronas, que se ocupaban de los partos y la salud e higiene sexual de la población femenina, ni las ambulancieras, que transportaban heridos desde el frente hasta los puestos de socorro o los hospitales más inmediatos. La condición tradicionalmente subsidiaria de las ocupaciones femeninas y el mito masculino de la guerra (7) relegaba a las mujeres a la retaguardia mientras empujaba a los hombres al frente.

Pese a todo, las circunstancias bélicas abrieron “grietas” por donde las mujeres lograron introducirse y consolidar nuevos espacios de actuación profesional. Uno de estos nuevos espacios fue la práctica de la medicina, una profesión en la que la proporción de mujeres era muy exigua en comparación con otras ocupaciones sanitarias. Ello se explicaba, entre otras razones, porque, en abierto contraste con la situación actual, muy pocas mujeres accedían entonces a los estudios universitarios de medicina. Además, la inmensa mayoría de quienes lograron graduarse como tales (casi todas de clase alta y media y de etnia blanca) veían restringido su ejercicio profesional a determinadas especialidades como la ginecología, la pediatría, los análisis clínicos o la asistencia primaria, en las que la práctica profesional de las mujeres no cuestionaba la hegemonía masculina. Todo ello como consecuencia de la división sexual del trabajo que las concepciones dominantes de género en las sociedades occidentales de la época impulsaban en el campo de la medicina (1).

Las mujeres supieron introducirse en nuevos espacios de actuación profesional que las guerras del siglo XX abrieron por una combinación de nuevas demandas sanitarias y nuevas tecnologías médicas, en casos como la radiología, la fisioterapia, la psicoterapia y algunas especialidades quirúrgicas, como

la oftalmología, la otorrinolaringología o la cirugía plástica. Estas últimas constituyeron, en efecto, la puerta de entrada más frecuente de las mujeres a la práctica quirúrgica, un ámbito masculino por excelencia entonces y todavía hoy día limitadamente feminizado en algunas especialidades (6). Nuestra comunicación pone su foco en ello.

SOCORRO ROJO INTERNACIONAL, LA CENTRAL SANITARIA INTERNACIONAL Y EL SERVICIO SANITARIO INTERNACIONAL

Bajo la cobertura de la filial francesa de Socorro Rojo Internacional, servicio social internacional creado en 1922 por la Internacional Comunista (más conocida como Komintern), el 1 de agosto de 1936 el Partido Comunista Francés (PCF) se apresuró a constituir la Comisión de Solidaridad para la España republicana al objeto de dirigir y estimular a los movimientos de ayuda. El 13 de agosto, con ocasión de la primera conferencia europea sobre la Guerra de España, se creó en París el Comité Internacional de Coordinación e Información para Ayuda a la España republicana (CICIAER), un organismo que coordinó una amplia y compleja red transnacional de organizaciones de corte frente-populista y, a golpe de instancias internacionales, impulsó una amplia gama de iniciativas solidarias con la República.

Los días 17 y 18 de enero de 1937, el CICIAER celebró en París la llamada *Conférence Internationale pour l'aide aux blessés, aux veuves, aux orphelins, aux réfugies de l'Espagne Républicaine*. A ella concurrieron más de quinientos delegados de treinta y seis países, que estudiaron los medios de acción más eficaces para socorrer a los combatientes y las víctimas de la guerra. Aunque también se destacó la necesidad de asegurar la alimentación de la población civil y la ayuda a los menores, se puso particular énfasis en la organización de la atención sanitaria, para la cual se instituyó, con sede en París, una comisión conocida como la *Centrale Sanitaire Internationale* (CSI) bajo la dirección de los médicos comunistas Pierre Rouquès y Jacob *Hans* Kalmanovitch (13).

A comienzos de octubre de 1936, ambos estaban ya en España con la misión de organizar, en Albacete, los servicios sanitarios de las Brigadas Internacionales (BI). Pese a priorizar inicialmente las necesidades médicas de estas, la CSI pronto se convirtió también en uno de los más destacados proveedores de ayuda sanitaria al gobierno de la República. Al objeto de impulsar la ampliación de la estructura sanitaria extranjera en España, en enero de 1937 la CSI fundó en Albacete el *Service Sanitaire International*, nombrando jefe de la Sanidad de las BI al comandante médico búlgaro Csvetan Angelov-Kristanov, más conocido como Oskar Telge. A finales de julio de 1937 trabajaban en el Servicio Sanitario de las BI 222 médicos de 20 países, y 563 enfermeras y enfermeros de 25 países. Los dos grupos mayoritarios de médicos eran los polacos (47, todos judíos salvo uno) y los estadounidenses (33, 21 de ellos judíos) (3, 5, 8, 13).

Yvonne Robert (1901-1987), activa militante sindical y política francesa, miembro del Socorro Rojo Internacional (SRI), formada como enfermera y administradora sanitaria, llegó a España en diciembre de 1936 encargada, junto a Pierre Rouquès, de establecer en Benicàssim un hospital de guerra, que dirigió unos meses antes de fundar otros en Murcia, Benissa y otras localidades.

CIRUJANAS INTERNACIONALISTAS (2, 3, 4, 5, 9, 10, 11)

Nueve fueron las médicas internacionalistas envueltas en tareas quirúrgicas con ocasión de su participación en la Guerra Civil Española, que hemos podido inventariar, básicamente a partir de la imprescindible obra de Francisco Guerra (4) y la base de datos Sibrint (12). Ocho fueron brigadistas, mientras la novena estuvo vinculada al National Joint Committee for Spanish Relief (NJCSR) británico.

Los hospitales de las BI destino más frecuente de las cirujanas brigadistas en uno u otro momento de su estancia en España, fueron el Hospital Jan Amos Komensky de Benicàssim (cinco: Vlasta Weselá, Marie Kalisová, Olga Vanecková, Sarah Kalma y Fritzi Erna Brauner) y el Hospital Universitario de Murcia (tres: Suzanne Heck, Rozalia Berger y Sonja Zajdman). La novena médica internacionalista (Dorothy Josephine Collier) tuvo, en cambio, como base de operaciones el Hospital de Sant Pau de Barcelona, institución entonces dependiente de la Generalitat de Catalunya.

Siete de las nueve habían nacido entre 1904 y 1911 (Kalma, Berger, Kalisová, Vanecková, Zaidman, Brauner y Weselá); Collier, en 1894; y de Heck ignoramos la fecha. Cuatro de ellas eran checas (Weselá, Kalisová, Veneckova y Kalma), dos judías polacas (Berger y Zaidman), una judía austríaca (Brauner), una germano-francesa (Heck) y una inglesa (Collier). Seis eran comunistas (Weseláa, Kalisová, Venecková, Brauner, Heck y Berger) y probablemente también Zaidman; Collier era católica y carecemos de datos de Kalma. En cuanto a sus responsabilidades, dos fueron cirujanas jefas (Kalisová y Venecková, esta criticada por excederse en las amputaciones); cuatro desempeñaron puestos de cirujanas ayudantes: dos junto a Bedrich Kish (Weselá y Brauner) y otras dos, junto a Alexander Tudor-Hart (Berger y Zaidman); Heck se ocupó de organizar el servicio quirúrgico de un gran hospital; Kalma fue jefa de un servicio de odontología; y Collier era una otóloga ya consagrada cuando llegó a España.

La fortuna de estas cirujanas más o menos accidentales tras la contienda fue bastante dispar. Todas ellas participaron en la II Guerra Mundial enroladas en ejércitos regulares o en la Resistencia. Tras ella, dos de las checas fueron encarceladas y procesadas como disidentes en el llamado “Proceso de Praga”; experiencia que a Weselá la llevó al suicidio en prisión mientras Kalisová trabajó toda su vida como médica en las minas de Medard. Otra de las checas (Venecková) fue profesora de medicina en Praga y directora del departamento de Clínica quirúrgica, y carecemos de información sobre la cuarta de ellas (Kalma). La judía-austriaca (Brauner) se dedicó toda su vida a atender a niños discapacitados mentales y físicos y a trabajar por su rehabilitación en un centro de día de los alrededores de París. De las dos judías polacas, una (Zajman) fue deportada, en febrero de 1943, a Auschwitz donde debió morir ese mismo año, mientras la otra (Berger) se estableció en Berlín Oriental tras la IIGM. Collier prosiguió su carrera profesional en Londres. Nada sabemos, en cambio, de la fortuna de Heck tras su paso por España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arrizabalaga, Jon; Martínez-Vidal, Àlvar (2021). Las mujeres médicas en los servicios sanitarios de los frentes de guerra y de la retaguardia (1914-1945). En A. Alted Vigil, L. Lordache, & L. López (eds.), Mujeres y niños en una Europa en guerra (1914-1949) / Women and Children in a Europe at war (1919-1949). Madrid, UNED-Círculo de Bellas Artes, pp. 175-185.

2. Casanova Durán, Virginia (2021). La sanidad y la cirugía en la Guerra Civil Española. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.

3. Fuster Ruiz, Francisco (2018). El Servicio de Sanidad de las Brigadas Internacionales. Albacete, CEDOBI (IEA-UCLM).

4. Guerra, Francisco (2003). La medicina en el exilio republicano. Alcalá de Henares, Universidad de Alcalá.

5. Lustiger, Arno (2001). ¡Shalom libertad! Judíos en la Guerra Civil Española. Barcelona, Flor del Viento Ediciones.

6. Martínez-Vidal, Àlvar (2020). The powers of masculinization in humanitarian storytelling: the case of the surgeon María Gómez Álvarez in the Varsovia Hospital (Toulouse, 1944–1950). Medicine, Conflict and Survival, 36(1) [Special issue: 'Feminist perspectives on the history of humanitarian relief (1870-1945), Dolorès Martín-Moruno, ed.]

7. Mosse, George L. (2016). Soldados caídos. La transformación de la memoria de las guerras mundiales. Zaragoza, Prensas de la Universidad de Zaragoza.

8. Paselli, Luigi (s.d.). Historia política de una organización humanitaria: la Central Sanitaria Internacional. Historia 16, pp. 52-62.

9. Requena Gallego, Manuel; Sepúlveda Losa, Rosa María (2006). La sanidad en las Brigadas Internacionales. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

10. Romeu Alfaro, Fernanda (2007). Voluntarias de la libertad: mujeres en las Brigadas Internacionales. El Viejo Topo, 20 nov 2007, 65-76: https://www.elviejotopo.com/topoexpress/voluntarias-la-libertad-mujeres-las-brigadas-internacionales/

11. Sáez Gómez, José Miguel; Marset Campos, Pedro (2022). Mujeres en la ayuda internacional durante la Guerra Civil. Nueva Tribuna, 23 diciembre 2022.

12. SIDBRINT – Memòria històrica i Brigades Internacionals. Universitat de Barcelona. https://sidbrint.ub.edu/

13. Velázquez Hernández, Aurelio (2024). El «Comité international de coordination et d'information pour l'aide à l'Espagne républicaine» (CICIAER) y la red frentepopulista de organismos de ayuda. Pasado y Memoria, 28 : 89-114

10.

HUMANITARISMOS ENTRE MAR Y TIERRA: GÉNERO, EXPERIENCIAS Y CIRCULACIÓN DE SABERES

COORDINADORES

Dolores Martín Moruno
Institución Milá y Fontanals, CSIC
dolores.martinmoruno@unige.ch/dolorespilar.martin@urv.cat

&

Javier Martínez Antonio
Universidad de Zaragoza
javier_martinez@posta.unizar.es

&

Jon Arrizabalaga
Institución Milá y Fontanals, CSIC
jonarri@imf.csic.es

PRESENTACIÓN

Mientras el Mediterráneo se ha convertido en la ruta migratoria más mortífera del mundo, la ruta de África Occidental está registrando un aumento alarmante de naufragios de embarcaciones poco seguras, que tratan de alcanzar las Islas Canarias desde la costa atlántica noroccidental de África (1). Esta situación ha puesto el foco de atención en las actividades de búsqueda, rescate y socorro que realizan organizaciones humanitarias como *SOS Mediterranée* o *Proactiva Open Arms*. Aunque asociamos esta forma de activismo a la actual crisis migratoria, el objetivo de nuestra mesa temática es mostrar cómo se inscribe en una larga historia oceánica que ha unido las costas de Europa, África y América desde los orígenes de la sensibilidad humanitaria: esa "revolución en los sentimientos morales" que transformó "el alivio del sufrimiento humano en un rasgo definitorio de la sociedad moderna" (2).

A pesar de que el historiador Thomas L. Haskell (3) señalara la importancia del desarrollo de nuevas tecnologías navales, como el barco de vapor, para explicar de qué manera cambió nuestra responsabilidad de actuar frente al sufrimiento de los demás, los historiadores del humanitarismo no han explorado su vertiente marítima, salvo contadas excepciones (4). Además, el interés de estudiar la ayuda humanitaria aportada o enviada a bordo de barcos reside en que permite examinar la circulación transnacional de actores, prácticas, objetos y experiencias

más allá de un conocimiento acerca de la salud y la enfermedad que se ha anclado tradicionalmente en tierra firme y que, por lo tanto, se ha orientado por las fronteras impuestas por el pensamiento continental (5).

Utilizando acercamientos como la historia de género, la historia de las emociones y de la experiencia, las contribuciones reunidas en esta mesa temática analizan e interpretan un amplio corpus de fuentes escritas (revistas, cartas, informes de sociedades filantrópicas y organizaciones humanitarias) para rescatar la labor de un grupo heterogéneo de activistas que impulsaron iniciativas destinadas a mitigar el sufrimiento de las víctimas de catástrofes, como los naufragios o las guerras entre finales del siglo XIX y comienzos del XX. De una parte, una perspectiva de género nos ayudará a rectificar la visión androcéntrica que ha dominado la historia del humanitarismo y a visibilizar la participación de las mujeres en este movimiento, así como a aportar una mirada crítica a la imagen heroica y estereotipada que se ha forjado de sus actores como un grupo de individuos altruistas, desinteresados y ajenos a los intereses políticos (6). De otra parte, las herramientas metodológicas desarrolladas en campos de investigación como la historia de las emociones y de la experiencia, nos ofrecerán la oportunidad de examinar los sentimientos, sensaciones y pensamientos que vehicularon diversos activistas para abogar por sus respectivas causas humanitarias a través de mares y de océanos.

Mientras Juan Carlos García Reyes y Jon Arrizabalaga se concentran en explicar el destacado papel que jugó el representante de la Cruz Roja española, Antonio Bonmatí Caparrós (1830-1907) en la organización de la primera operación de socorro marítima durante la Revolución Cantonal de Cartagena (1873-1874), Dolores Martín Moruno sigue los pasos de reformadoras sociales como Concepción Arenal (1820-1893) para comprender su compromiso con la creación de la Sociedad española de Salvamento de Náufragos. Por su parte, la comunicación de Javier Martínez Antonio nos hace viajar hasta Marruecos para analizar de qué manera la figura maternal de la reina regente, María Cristina de Habsburgo-Lorena, fue utilizada por el médico militar Felipe Óvilo Canales (1850-1909) para poner en marcha iniciativas humanitarias como el establecimiento de una junta local de la Sociedad española de Salvamento de Náufragos en Tánger. Finalmente, Marie Leyder examina la aparición de un tipo de ayuda humanitaria que ha recibido escasa atención en la historiografía de este movimiento: la ofrecida por las madrinas de guerra, que enviaron cartas y paquetes desde América a bordo de barcos a los soldados del frente belga durante la Primera Guerra Mundial (1914-1918).

La comparación de las experiencias humanitarias de estos activistas nos conducirá a descubrir cómo contribuyeron a la formación de “un archipiélago de saberes”; una metáfora que permite observar la producción de un conocimiento nómada entre mar y tierra “como una entidad compuesta de islas conectadas” cuya característica definitoria es la pluralidad de sus prácticas (7). Navegar frente a las costas de este archipiélago de saberes nos permitirá ampliar el horizonte de la historia de la medicina, integrando un conjunto de prácticas humanitarias que han sido relegadas a los márgenes de su historia, a pesar de que sigan vigentes para socorrer aquellas personas que sufren las consecuencias tanto de conflictos armados, como de naufragios, en nuestro mundo presente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tilley, Marc, Dubath, Jonathan, Watts, Richard, Abu Sa'Da, Caroline (2023), Mass rescue at sea: a global perspective. Geneva, Centre for Humanitarian Action at Sea, 19.

2. Barnett, Michael N. (2011). Empire of humanity: a history of humanitarianism. Ithaca, Cornell University Press, 49.

3. Haskell, Thomas L. (1985), Capitalism and the origins of the humanitarian sensibility, American Historical Review, Part 1, 90 (2), 339-361.

4. Moniz, Amanda (2009), Saving the lives of strangers: humane societies and the cosmopolitan provision of charitable aid, Journal of the Early Republic 29 (4), 607-640 ; Davies, Thomas (2018), Rethinking the origins of transnational humanitarian organizations: the curious case of the International Shipwreck Society, Global Networks 18 (3), 461-478 ; McCabe, Ciarán (2019), The humane society movement and the transnational exchange of medical knowledge in the late eighteenth and early nineteenth centuries, Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh 49 (2), 158-164.

5. Pardo-Tomás, José (2021), Mar, Sabers en Acció. https://sabersenaccio.iec.cat/es/mar-es/

6. Salvatici, Silvia (2019), A history of humanitarianism, 1775-1989: In the name of others. Manchester, Manchester University Press.

7. Martín-Moruno, Dolores (2023) Pain(ful) experiences as an archipelago of knowledge(s), Digital Handbook of the History of Experience. https://sites.tuni.fi/hexhandbook/theory/painful-experiences-as-an-archipelago-of-knowledges/

Límites y pragmática de los códigos legislativos en el derecho humanitario del mar y construcción de heroísmos humanitarios: la misión de la Cruz Roja durante el Cantón de Cartagena (1873-1874)

J Carlos García-Reyes
Universitat de les Illes Balears
juan-carlos.garcia@uib.cat

&

Jon Arrizabalaga
Institución Milá y Fontanals, CSIC
jonarri@imf.csic.es

La Convención de Ginebra (1864) vino a regular la asistencia de soldados heridos y enfermos en el marco de conflictos armados entre naciones signatarias de dicho acuerdo. Pese a no contemplarse la intervención humanitaria en guerras civiles o coloniales, la insurrección cantonal de Cartagena (1873-1874), como la Segunda Guerra Carlista (1872-1876), puso en práctica los principios de dicha convención en un contexto inédito: un conflicto armado de naturaleza "intestina".

Del mismo modo, aunque la Convención tampoco contemplaba explícitamente la asistencia a heridos o náufragos fruto de los combates marítimos, este aspecto había sido motivo de importantes debates previos en las Conferencias internacionales de las Sociedades de Socorro a heridos militares de los ejércitos de tierra y mar, al menos desde la celebrada en París con motivo de la Exposición Universal de 1867. Así, durante la Revolución Cantonal, la Cruz Roja Española organizó una de las primeras misiones humanitarias en el mar: la operación de socorro dirigida por Antonio Bonmatí Caparrós (1830-1907) a bordo del buque a vapor "Buenaventura". Esta embarcación zarpó de Cartagena el 13 de octubre de 1873 con representantes de la Cruz Roja local y practicantes, considerándosela la primera ambulancia marítima diseñada expresamente para evacuar soldados heridos. Lo hizo con ocasión del sitio a que fue sometida la ciudad durante casi cinco meses (15 de agosto de 1873-12 de enero de 1874).

Durante este periodo de profunda inestabilidad de la Primera República Española, marcado por el enfrentamiento entre federalistas y centralistas, se desarrolló en Cartagena uno de los conflictos más significativos del Sexenio Revolucionario español. En este contexto, el movimiento humanitario de la Cruz Roja implementó otras prácticas innovadoras, entre ellas, la conversión de embarcaciones en hospitales flotantes neutrales. Aunque históricamente se puede rastrear desde larga data la existencia de buques que fueron usados como hospitales flotantes –apenas una década antes, durante la Guerra de África de 1859-1860 se habían utilizado por el ejército español–, la acción de Cruz Roja española durante la

guerra cantonal se inscribe entre los primeros espacios marítimos donde se puso de manifiesto la neutralización sanitaria en medio de una guerra civil.

La Revolución Cantonal, iniciada en julio de 1873 con la proclamación del Cantón de Cartagena, se caracterizó por su extrema violencia, con esta ciudad como principal bastión de la resistencia insurreccional. A causa de las condiciones geográficas y estratégicas del puerto y el asedio gubernamental, la situación de los heridos en combate se volvió crítica. Estas circunstancias llevaron a comités locales peninsulares vinculados al movimiento de la Cruz Roja a extender la aplicación de los principios de la Convención de Ginebra de 1864 a éste y otros escenarios insurreccionales en el marco de las guerras civiles del Sexenio Democrático. Dentro del movimiento internacional de Cruz Roja, la actuación de su sección española en este conflicto fue pionera tanto en el ámbito terrestre, con la creación de hospitales de campaña, como en el marítimo, aprovechando las características del puerto cartagenero para instaurar una asistencia sanitaria flotante.

Esta llamada «primera ambulancia marítima» comportó la adecuación de buques para el tratamiento y transporte de heridos como fue el caso del Buenaventura, buque originariamente no construido a tal efecto. Ello anticipó estrategias humanitarias en conflictos navales posteriores y demostró la importancia de organizar una asistencia neutral en el mar al objeto de mitigar el sufrimiento de los combatientes de ambos bandos en dicho tipo de conflictos. Estos buques-hospitales, equipados como ambulancias flotantes, ofrecieron un espacio de inmunidad jurídica para personas y equipamientos al margen de las hostilidades. Sin embargo, la iniciativa hubo de hacer frente, al menos, a tres diferentes desafíos: a) neutralidad en una guerra civil sin reglas claras; b) condicionamientos logísticos en el medio del combate; y c) ausencia de un marco legal que reconociera derechos de asistencia en conflictos “intestinos”.

Más allá del análisis legal y logístico, esta experiencia podría representar un punto de inflexión en la construcción del heroísmo humanitario, especialmente en clave de género. Tradicionalmente, el heroísmo bélico se había representado en términos masculinos ligados al combate, la violencia y la victoria. Sin embargo, figuras como la de Antonio Bonmatí Caparrós y otros miembros de la Cruz Roja involucrados en la evacuación marítima de los heridos ofrecieron un nuevo modelo: el del héroe humanitario; un nuevo tipo de masculinidad que no se fundaba en el uso de la fuerza armada, sino en la acción médica, el cuidado del otro y la neutralidad activa. Bonmatí se configura bajo este esquema en relatos de la época y posteriores como los realizados, entre otros, por los escritores Saturnino Giménez Enrich en sus *Recuerdos cantonales* o Ramón J. Sender en su *Mr. Witt en el Cantón*.

El héroe humanitario encarna, pues, una forma alternativa de virilidad, más asociada al coraje civil, que al militar; a la empatía organizada, que al sacrificio bélico. Esta representación, si bien no exenta de tensiones, introdujo una ruptura con los códigos tradicionales de la masculinidad decimonónica. La valentía se redefinía en el gesto de entrar en una zona de guerra no para combatir, sino para salvar vidas sin distinción de bando, bajo el emblema de la Cruz Roja. Así,

se empezaba a trazar una línea simbólica y práctica entre la virilidad destructiva del soldado y la masculinidad cuidadora del socorrista. En esa reconfiguración emergió una ética de los cuidados y una política de la compasión profesionalizada, que serían claves en el imaginario humanitario internacional del siglo XX.

La intervención del vapor "Buenaventura" mostró también cómo los espacios marítimos, tradicionalmente escenarios de conflicto, podían ser transformados en escenarios de auxilio y asistencia. Esta transformación fue crucial para sentar las bases de futuras normativas humanitarias internacionales, particularmente en lo relativo a la protección de buques-hospital en contextos bélicos. Como es habitual, la práctica precedió al derecho, y la ambigüedad legal fue solventada mediante acciones concretas que más tarde inspirarían su codificación en tratados internacionales.

En conclusión, el impacto de la experiencia de Cartagena no se limitó al conflicto. De manera pragmática consolidó la importancia de los espacios de neutralización marítima en situaciones de guerra e impulsó una reflexión más amplia sobre el rol del mar como espacio humanitario. También elevó el perfil del humanitario civil como actor internacional, abriendo paso a una nueva figura heroica con capacidad de operar al margen de los ejércitos, pero con eficacia estratégica y legitimidad ética. Al mismo tiempo, contribuyó a transformar la imagen del héroe: del combatiente armado al cuidador neutral, del guerrero victorioso al sanitario que arriesga su vida por la de otros. Así, el heroísmo humanitario emergente en esta insurrección cantonal, con sus resonancias de género, acabó por convertirse en una categoría con entidad propia dentro del relato histórico, ético y legal de los conflictos modernos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcalde, Ángel (2016). "La tesis de la brutalización (George L. Mosse) y sus críticos: un debate historiográfico". Pasado y Memoria. Revista de Historia Contemporánea, 15, 17-42.

2. Anónimo (1891), Apuntes para la historia de Cartagena: Colección íntegra de El Cantón murciano. Cartagena, Imp. de José Requena Hernández.

3. Botella Carbonell, Juan (1877). Memorias de un cantonal: novela histórica. Barcelona, Librería de Juan Oliveres.

4. Carrión García, Eduardo (2023), La asistencia sanitaria en la sublevación cantonal de Cartagena, Tesis doctoral, Universitat d'Alcant.

5. Egea Bruno, Pedro María y Garcia Hourcade, José Jesús (coords.) (1998). Antonio Bonmatí i Caparrós: (1830-1907). Murcia, Fundación Centro de Estudios Históricos e Investigaciones Locales de la Región de Murcia.

6. Ferrando Badía, Juan (1972). "Ocaso de la República española de 1873: La revolución cantonal". Revista de estudios políticos, 183-184, 49-66.

7. García Alcántara, Eduardo (1875). Memorias de la revolución cantonal iniciada en Cartagena el 14 de julio de 1873. Buenos Aires, Impr. de El Argentino.

8. Giménez Enrich, Saturnino (1874). Anales de la Cruz Roja: Origen, vicisitudes, y desenvolvimiento de la asociación que lleva este nombre. Barcelona, Tip. editorial de Espasa Hermanos.

9. Giménez Enrich, Saturnino (1875). Cartagena: (recuerdos cantonales). Barcelona, Sociedad Bibliográfica Peninsular.

10. Henares Diaz, Francisco (1993). “Las memorias sobre el Cantón, un género histórico-literario particular”. Anales de Historia Contemporánea, 3, 189-203.

11. Landa, Nicasio (1860). La campaña de Marruecos. Memorias de un médico militar. Madrid, Manuel Álvarez.

12. Landa, Nicasio (1877). El derecho de la guerra conforme a la moral. 3ª edición, Pamplona, Lorda.

13. López Dominguez, José (1877). Cartagena: memoria y comentarios sobre el sitio de Cartagena. Madrid, Estab. tip. de J.C. Donde y compañía.

14. Lough, Francis (1991). “History and fiction in ‘Mister Witt en el Cantón’”. Anales de la Literatura Española Contemporánea, 16, 3, 275-290.

15. Medioni, Maria Alice (1979). El Cantón de Cartagena. Madrid, Siglo Veintiuno.

16. Moisand, Jeanne (2023), Federación o muerte. Los mundos posibles del Cantón de Cartagena (1873). Madrid, Catarata.

17. Pérez Crespo, Antonio (1990). El cantón murciano. Murcia, Academia Alfonso X El Sabio.

18. Pérez Picazo, María Teresa (ed.) (1982). El Cantón Murciano: [Diario del Cantón de Cartagena: del 22 de julio de 1873 al 24 de noviembre de 1873]. Murcia, Editora Regional de Murcia.

19. Puig Campillo, Antonio (1918). La intervención de Alemania en el Cantón Murciano. Cartagena, Garrido.

20. Puig Campillo, Antonio (1988) [1930], La primera ambulancia marítima. Historia de la Cruz Roja en las guerras civiles del siglo XIX, Cruz Roja, Madrid.

21. Rubio, Paredes, José María y Pérez Crespo, Antonio (1994). Memorias malditas del cantón murciano. Murcia, Real Academia Alfonso X el Sabio.

22. Sender, Ramón J. (1936). Míster Witt en el Cantón: novela. Madrid, Espasa-Calpe. Reeditado en 1968 por Alianza Editorial.

23. Valverde, Isidoro (1973). El Cantón Murciano, órgano oficial de la Federación: Estudio realizado sobre el facsímil editado en Cartagena en 1891. Cartagena, Molegar.

24. Vilar García, María José. (2006). “España, Alemania y las islas Chafarinas en vísperas del replanteamiento de la cuestión marroquí”. Studia Historica. Historia Contemporánea, 24, 207-229.

25. Vilar Ramirez, Juan Bautista (1983). El sexenio democrático y el Cantón murciano: (1868-1874). Murcia, Academia Alfonso X El Sabio.

El humanitarismo llega a las costas españolas. El compromiso de Concepción Arenal con el salvamento marítimo

Dolores Martín-Moruno
Institución Milá y Fontanals, CSIC
dolores.martinmoruno@unige.ch / dolorespilar.martin@urv.cat

El 29 de septiembre de 2024, *El País* publicaba un artículo titulado "El Hierro llora el naufragio más letal junto a la costa canaria". En él, se describía el hundimiento de un cayuco en el que viajaban alrededor de ochenta y cuatro personas procedentes de Malí, Senegal, Mauritania, Guinea y Gambia (1). Aunque los socorristas de la Guardamar *Concepción Arenal* consiguieron rescatar con vida a veintisiete personas –entre los que se encontraban cuatro menores– y recuperar nueve cadáveres, explicaban a los medios cómo habían visto desaparecer a medio centenar bajo el agua. Al servicio de la Sociedad de Salvamento y Seguridad Marítima desde el 2009, la Guardamar *Concepción Arenal* es una de las patrulleras destinadas a realizar intervenciones rápidas de remolque y rescate en nuestras costas. Aunque estuvo inicialmente destinada a operar en la fachada galaico-cantábrica en reconocimiento a los orígenes ferrolanos de la reformadora social que le presta su nombre, fue pronto reubicada en la base de Las Palmas de Gran Canaria debido al aumento de naufragios en esta zona.

Tomando la historia de esta Guardamar como punto de partida, esta comunicación investiga el compromiso de Concepción Arenal (1820-1893) –la activista humanitaria más destacada y polifacética de la España de la segunda mitad del S. XIX– con el salvamento marítimo. Varios trabajos han analizado su implicación en causas tan dispares como la defensa del derecho a la educación femenina (3), la abolición de la esclavitud y de la prostitución, la reforma de las prisiones y la creación de la Cruz Roja española, así como la organización del socorro a los soldados heridos y enfermos durante la Tercera Guerra Carlista (1872-1876) en el Hospital de Sangre de Miranda del Ebro (4), pero su combate por aliviar el sufrimiento provocado por los naufragios en las costas españolas ha recibido escasa atención. Así, en su principal biografía sólo se menciona de manera esporádica su preocupación por estos acontecimientos dramáticos, que "asolaban regularmente a la población" del Cantábrico "debido a los fuertes temporales" (5). Sin duda alguna, Arenal mantuvo un fuerte vínculo afectivo con ciudades costeras, como su Ferrol natal y, más tarde, con Gijón donde residió con su hijo Fernando García Arenal (1850-1925), cuando fue nombrado director de la Junta de Obras del Puerto y se implicó como vocal de la Junta local de la Sociedad de Salvamento de Náufragos de esta ciudad (6). Sin embargo, el objetivo de esta comunicación es interpretar esta faceta de Arenal

más allá de las costas españolas para inscribirla en una corriente transnacional de la ayuda humanitaria, que se enfocó en evitar este tipo de desastres marítimos mediante el desarrollo de un conocimiento científico "puesto al servicio de la humanidad" (7).

Antes de la creación de instituciones como el Comité Internacional de la Cruz Roja, el humanitarismo se asoció a una serie de iniciativas de reforma social que incluyeron las, así llamadas, "sociedades humanas": organizaciones filantrópicas de salvamento marítimo que proliferaron en Europa y Norte-América desde finales del S. XVIII, estableciendo lazos transatlánticos entre ellas (8). Inspirándose en asociaciones de salvamento que habían existido en China desde el S. XII, numerosos representantes médicos de estas sociedades humanas impulsaron la producción, sistematización y transmisión de un saber destinado a aportar primeros auxilios a personas en caso de ahogamiento a través de prácticas de socorro, conocidas como "técnicas de resucitación" (9). Esta denominación ponía de relieve la impronta cristiana de estas primeras sociedades de salvamento y sus relaciones con la misión evangelizadora de los Imperios Occidentales en sus colonias de ultramar.

En España, tenemos constancia de la organización de cofradías de socorristas en la ribera del Guadalquivir desde finales del S. XVIII (10). A pesar de que se lanzaran numerosas iniciativas locales y de carácter voluntario en las costas a lo largo del S.XIX, la aprobación del proyecto de creación de una Sociedad española de Salvamento de Náufragos (SESN) fue bastante tardía en comparación con otros países europeos. En 1880, el secretario del Instituto Geográfico Estadístico Martín Ferreiro y Peralta (1830-1896) publicaba un destacado estudio sobre salvamento marítimo (11), que consiguió el apoyo del Almirante de la Armada española Joaquín Gutiérrez de Rubalcava y Casal (1830-1881), así como de la Reina María Cristina quien aceptó crear bajo su patronazgo una sociedad benéfica y de utilidad pública a la imagen de la británica *Royal National Lifeboat Institution*. Para coordinar las diferentes juntas locales, la SESN estableció una junta central en Madrid en la que se reunían sus representantes para discutir los últimos avances en materia de socorro marítimo y conceder medallas en reconocimiento a aquellos individuos que habían prestado auxilios a los náufragos. Concepción Arenal destacó entre los miembros de la SESN, al convertirse en la única mujer que fue reconocida como socia por sus méritos en esta institución humanitaria (12).

Para examinar la labor que confirió a Concepción Arenal tal prestigio en la SESN, esta comunicación analiza tres de sus escritos publicados en *La Voz de la Caridad* (1880 y 1881), así como su *Ensayo sobre el Derecho de Gentes* (1895), cuya parte final discute la importancia de adoptar el Código Internacional de Banderas para socorrer "a los que navegan y necesitan amparo, socorro, auxilio o simplemente servicio de los que están en tierra" (13). Estudiando estas fuentes a la luz de acercamientos como la historia de género, la historia de las emociones y de la experiencia, nos permitirá observar cómo Arenal contribuyó a la producción de un saber humanitario específico del mar, que combinaba el derecho internacional con reflexiones sociológicas, notas periodísticas, digresiones literarias e instrucciones precisas para auxiliar a los náufragos

mediante la distribución de tablillas escritas en castellano, el uso conveniente de botes y chalecos salvavidas, así como de cañones lanzacabos para remolcar a las embarcaciones en peligro.

Una perspectiva de género nos ayudará a comprender cómo Arenal se hizo un hueco en una institución como la SESN, gracias a la correspondencia que estableció con el Magistrado del Tribunal Supremo Fermín Hernández Iglesias (1833-1909); un actor humanitario implicado con diferentes causas benéficas, incluyendo el salvamento de náufragos (14). Además, utilizar la categoría de género nos ofrecerá la oportunidad de analizar su defensa del salvamento marítimo, estableciendo dominios específicos de acción tanto para los hombres, como para las mujeres, de acuerdo con la división sexual del trabajo. Mientras Arenal definía el acto heroico, temerario y sublime de salvar vidas en el mar como un gesto esencialmente masculino, consideraba que las de su mismo sexo debían hacer una llamada a la compasión para reunir fondos en favor de esta causa, comprar material de socorro y habilitar casetas en los puntos más estratégicos de las costas españolas.

Si bien Arenal adoptó una postura esencialista de la identidad femenina presentándose frente al público como una figura maternal, la compasión que vehiculó en sus escritos proyectaba con ira su reproche a sus compatriotas por no haber seguido el ejemplo de otras naciones como Estados Unidos, Inglaterra, Países Bajos, Dinamarca, Noruega y Francia, donde las sociedades de salvamento poseían los medios suficientes para ofrecer auxilios en sus costas. Para Arenal, el ejercicio de describir con todo detalle las experiencias traumáticas vividas por las víctimas de naufragios revestía fuertes tintes patrióticos porque se enmarcaba en un proyecto no sólo humanitario, sino político para regenerar España mediante la transmisión de valores sociales como la caridad cristiana. Interpretar el compromiso de Arenal con el salvamento marítimo en clave transnacional resulta esencial para comprender las razones, por las que su nombre continúa patrullando las costas españolas en forma de Guardamar para rescatar a aquellos migrantes, que tratan de encontrar una vida digna tierra adentro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guillermo Vega (2019), El Hierro llora el naufragio más letal junto a la costa canaria: Se oían los gritos en plena noche, El País, 3.

2. Valcárcel Bernaldo de Quirós, Amelia (2020) Pensar el feminismo y vindicar el humanismo: mujeres, ética y política. Valencia, Publicacions de la Universitat de València, 38.

3. Arrizabalaga, Jon (2019) Performing compassion in wartime: humanitarian narratives in the Spanish Civils Wars of the 1870s. En: Martín Moruno, Dolores, Pichel, Beatriz, eds. Emotional bodies: the historical performativity of emotions. Chicago: University of Illinois Press, pp. 199-218; Arrizabalaga, Jon (2020), 'The merciful and loving sex': Concepción Arenal's narratives on Spanish Red cross women's relief work in the 1870s, Medicine, Conflict and Survival, 36, 1, pp. 41-60.

4. Anna Caballé (2018) Concepción Arenal. La caminante y su sombra. Madrid, Taurus, p. 346.

5. Boletín de la Sociedad Española de Salvamento de Náufragos (1885-1888). D-4480. Centro de Documentación de la Cruz Roja española, Madrid.

6. Laqueur, Thomas W (1989), Bodies, Details, and the Humanitarian Narrative. En: Hunt, Lynn, ed. The New Cultural History: Essays on the History of Society and Culture, Berkeley : University of California Press, pp. 176-224.

7. Martín-Moruno, Dolores (2025), Painting Humanitarian Experiences at Sea: The Raft of the Medusa, Emotions: History, Culture, Society, pp. 1-22.

8. Moniz, Amanda (2016) From Empire to Humanity: The American Revolution and the Origins of Humanitarianism. Oxford, Oxford University Press.

9. Evans, Clayton (2003) Rescue at Sea. An International History of Lifesaving, Coastal Rescue Craft and Organisations. London, Conway Maritime Press.

10. Instrucción sobre el modo y los medios de socorrer a los que se ahogaren o se hallaren en peligro en el rio de Sevilla (1773). Imprenta del Doctor Don Geronymo de Castilla, Impressor Mayor de dicha Ciudad.

11. Ferreiro y Peralta, Martín (1880), Memoria sobre el salvamento marítimo. Conveniencia de establecer una Sociedad Española de Salvamento de Náufragos. Madrid, Imprenta de José de Rojas.

12. Boletín de la Sociedad Española de Salvamento de Náufragos (1882), Madrid, Imprenta y Fundición de Manuel Tello, 122.

13. Arenal, Concepción (1880), El naufragio del Agustina, La Voz de la Caridad, 240, 1, pp. 353-357; Arenal, Concepción (1880), Instrucciones de salvamento, La Voz de la Caridad, 242, pp. 15-16; Arenal, Concepción (1881), Sociedad española de Salvamento de Náufragos, pp. 146-147. Arenal, Concepción (1895) Ensayo sobre el Derecho de Gentes, Madrid, Sucesores de Rivadeneyra.

14. Arias Bautista, María Teresa (2021). Concepción Arenal en un océano de relaciones. Sevilla, Benilde.

Naufragios: género, humanitarismo del mar y regeneración hispano-marroquí, 1886-1895

Javier Martínez Antonio
Universidad de Zaragoza
javier_martinez@unizar.es

INTRODUCCIÓN

En el Archivo de la Misión Franciscana en Tánger se conserva una fotografía de la Escuela de Medicina puesta en marcha en dicha ciudad en noviembre de 1886 por el doctor Felipe Óvilo (1850-1909), agente de los círculos africanistas españoles en Marruecos tras su designación como agregado militar de la Legación española por el ministro de Estado Segismundo Moret. En la parte superior central de dicha fotografía es posible apreciar otra que presidía la estancia del antiguo Hospital Español en la que la Escuela se había instalado desde finales de 1888. En ella aparecían la reina regente María Cristina de Habsburgo-Lorena (1858-1929) y en su regazo, su hijo, el futuro Alfonso XIII, entonces apenas un bebé. Óvilo la debió obtener de la propia reina tras la visita que efectuó en marzo-abril de 1888 a Madrid con sus tres "discípulos" marroquíes más destacados, junto a los que fue recibido en el Palacio Real. Éste fue un signo claro del interés y la implicación de la reina en los proyectos médicos y humanitarios que el gobierno liberal de Sagasta estaba impulsando en Marruecos. Por su parte, Óvilo y los representantes diplomáticos españoles en ese país utilizaron su figura para apoyar un proyecto de intervención en Marruecos menos agresivo e imperialista que los de otros países europeos por estar basado en una ideología de "regeneración" y no de "civilización". En este sentido, en la fotografía de la Escuela, la reina aparecía sobre todo como madre de un niño recién nacido y no tanto como soberana, mientras que en la correspondencia oficial se decía:

"La Reyna de España, deseosa de ofrecer al Sultán nuevas pruebas de amistad y considerando que es un gran bien para un país tener quienes sepan curar, ha ordenado al profesor Óvilo que […] admita en su escuela aquellos súbditos de S.M. Cherifiana que deseen adquirir nociones de medicina y cirugía y que se les dé gratuita enseñanza. […] El doctor Óvilo, además de dedicarse a la enseñanza, tendrá a ciertas horas consulta para los enfermos que se le presentan y esta consulta será también por encargo de S.M. la Reyna gratuita para todos los musulmanes súbditos del Rey de Marruecos, ya sean ricos, ya pobres".

Esta intersección singular entre colonialismo y género estuvo también detrás de otra iniciativa de Óvilo, esta vez de tipo humanitario: la creación de la Junta de Salvamento de Náufragos de Tánger en diciembre de 1886. Este organismo desarrolló su actividad de rescate en las siempre peligrosas aguas del Estrecho de Gibraltar en los años siguientes. Sin embargo, nada pudo hacer en el hundimiento, durante la travesía de Tánger a Cádiz, el 10 de marzo de 1895, de uno de los buques más grandes y modernos de la Armada española, el crucero precisamente llamado "Reina Regente", en el que fallecieron los 412 miembros de la tripulación. Este suceso simbolizó el naufragio de los proyectos regeneracionistas de España en Marruecos, que darían paso antes del cambio de siglo al predominio de Francia en el país norteafricano. Para realizar nuestra investigación sobre esta temática interdisciplinar hemos consultado documentación del Archivo General de la Administración de Alcalá de Henares y del Archivo de la Misión Franciscana en Tánger, así como bibliografía primaria y prensa de la época en la Biblioteca Nacional de España y el Tangier American Legation Museum.

REGENERACIÓN Y REFORMA

Los círculos africanistas madrileños de la Sociedad Geográfica, la Sociedad Española de Africanistas y Colonistas y el Ateneo impulsaron desde mediados de los años 1880 un programa para "regenerar" Marruecos similar al concebido entonces para la propia España (1). A dicho programa contribuyeron también desde Barcelona la Compañía Transatlántica del Marqués de Comillas y la Sociedad de Geografía Comercial, mientras que otras instituciones lo hicieron desde otras ciudades españolas. El modelo de "regeneración" era diferente al de la "misión civilizadora" que Gran Bretaña y Francia propugnaban en aquel período como ideología de expansión imperialista. Su singularidad residía en la conciencia de que España era menos capaz de imponer sus intereses en Marruecos que las potencias europeas más poderosas, tanto por sus limitadas capacidades militares o comerciales, como porque Marruecos era una sociedad más desarrollada que otras en Asia y África que ya habían sido o estaban en proceso de ser colonizadas. Los regeneracionistas anhelaban el control exclusivo de Marruecos con vistas a crear allí una así llamada "España africana" que sustituyera a esa "España ultramarina" que durante el siglo XIX se había creado en Cuba. Sin embargo, tal control solo podría conseguirse si, por un lado, se aceptaba una participación activa y con cierta autonomía de élites marroquíes (funcionarios, oficiales del ejército, médicos, ingenieros) que España, eso sí, se encargaría de formar. Por otro lado, España, sin capacidad para imponer un nuevo aparato estatal ex novo, aspiraba a liderar la reforma del viejo *majzen* en un sentido modernizador (mejora de la recaudación de impuestos, fortalecimiento del ejército, puesta en marcha de programas de obras públicas, desarrollo de la educación y la sanidad, etc.) que los sultanes de Marruecos venían impulsando durante todo el siglo XIX.

LA JUNTA DE SALVAMENTO DE NÁUFRAGOS DE TÁNGER

La convergencia de las reformas marroquíes y los planes de regeneración españoles en el campo del humanitarismo tuvo su primera expresión en la creación de la Junta de Salvamento de Náufragos de Tánger (JSNT) (también conocida como Junta de Salvamento Marítimo) en diciembre de 1886. El rescate de las víctimas de naufragios se fue convirtiendo progresivamente en foco de atención del movimiento humanitario internacional surgido de la conferencia de Ginebra de 1863, como parte de la pretensión de ampliar sus actividades desde los conflictos bélicos y catástrofes terrestres a las marítimas. De ahí que fuera una tendencia común en toda Europa que asociaciones como la *Royal National Lifeboat Institution* (1854) en Gran Bretaña y la *Société Centrale de Sauvetage de Naufragés* (1865) en Francia se entrelazaran gradualmente con las de la Cruz Roja, proceso que se aceleraría definitivamente cuando la Conferencia de Paz de La Haya de 1899 “finalmente extendió a la guerra en el mar los principios de la Convención de Ginebra de 1864”. Los promotores últimos de la JSNT fueron el doctor Óvilo y Rodolfo Vidal Batlló, representante de la Compañía Transatlántica en dicha ciudad. Este último venía actuando como representante en Tánger de la Sociedad Española de Salvamento de Náufragos (SESN) al menos desde 1884. Al año siguiente, Vidal consiguió convencer a la colonia española para que solicitara a la SESN la creación de una junta en la ciudad, lo que conseguiría finalmente gracias a la mediación de Óvilo.

En apariencia, los dos agentes estaban simplemente implantando en Marruecos una rama de la sociedad fundada en 1880 por el hidrógrafo Martín Ferreiro Peralta siguiendo los mencionados precedentes europeos. Tras su declaración como “organización benéfica de utilidad pública” por el gobierno español en enero de 1887, la SESN había pasado a organizarse en una oficina central en Madrid que coordinaba una red de juntas locales establecidas en los principales puertos del país, las cuales conservaron no obstante un alto nivel de autonomía. El reconocimiento gubernamental impulsó la creación de nuevas juntas y facilitó la adquisición de material y el reclutamiento de voluntarios. Hacia 1895, la SESN contaba ya “con 30 botes salvavidas insumergibles del tipo Beeching-Peake […] y de 57 lanzacabos de todo tipo (Boxer, Lyle, Spandau, Delvigne, Evans, Dawson), atendidos por una plantilla de 1000 voluntarios”. Entre 1880 y 1936, se establecerían “en toda España 63 estaciones de salvamento, dotadas con un total de 81 aparatos lanzacabos, 40 botes insumergibles de remo y 16 de motor” (2). Sin embargo, la JSNT fue en realidad una entidad mixta hispano-marroquí, al modo de otras instituciones mixtas impulsadas por Óvilo en Tánger como la Escuela de Medicina o la Cámara de Comercio. La prueba más clara de ese carácter híbrido fue que Óvilo y Vidal tuvieran que solicitar la aprobación del sultán Hassan I para su creación, la cual les fue transmitida a través del nuevo *naib* (representante del sultán en Tánger para las relaciones con las potencias extranjeras) Sidi Mohammed Torres. Además, sus actividades de rescate precisaban de la autorización ejecutiva de las autoridades locales y entre sus miembros figuraban representantes marroquíes.

EL BARCO DE LA REINA

El crucero “Reina Regente” fue encargado en 1885 a los astilleros James and George Thompson, de Clydebank (Escocia) y botado allí en febrero de 1887. Aunque no pudo asistir a la botadura, la reina María Cristina visitó el buque en Barcelona durante la Exposición Universal de 1888, en la que se había organizado una exhibición con los principales efectivos de la Armada española. No se trataba de un mero compromiso. Según la historiadora María José Rubio, la reina tuvo una relación verdaderamente “personal” con el buque que había sido bautizado en su honor durante toda su corta vida, hasta el punto de que tenía en su habitación de Palacio una costosa maqueta del mismo que le regalaron mientras estaba siendo construido para que pudiera conocer sus características (3). El barco no llegó a intervenir en acciones de guerra, siendo lo más destacable su participación en eventos conmemorativos. Además de la mencionada Exposición Universal, también se desplazó a Génova en 1892 para participar en los actos del IV Centenario del Descubrimiento de América y al año siguiente a La Habana para remolcar una réplica de la nao Santa María con la que tomó parte en una exhibición naval en Estados Unidos. En esta línea de actividad no bélica, el “Reina Regente” recibió la misión en marzo de 1895 de transportar de regreso a Marruecos a la importante embajada encabezada por Sid Abdelkrim Brisha que había permanecido en Madrid desde finales de enero.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Antonio, Francisco Javier, González González, Irene (eds.) (2011), Regenerar España y Marruecos. Ciencia y educación en las relaciones hispano-marroquíes a finales del siglo XIX, Madrid, CSIC-Casa Árabe.

2. Quero, Manuel (2002), La Sociedad Española de Salvamento de Náufragos, Aljaranda. Revista de Estudios Tarifeños, 12 (47), 28-35.

3. Los misterios del Reina Regente, Servicio de Vídeo de la Diputación Provincial de Cádiz, 12 de marzo de 2015. https://www.youtube.com/watch?v=-gypSyG2mPU [visualizado el 6 de mayo de 2025]

Cartas en el mar: la ayuda transatlántica de las madrinas de guerra al Frente Belga durante la Primera Guerra Mundial

Marie Leyder
Universidad de Ginebra
Marie.Leyder@unige.ch

Tras la brutal invasión de Bélgica en agosto de 1914, surgieron numerosas iniciativas solidarias de carácter transnacional para aliviar el sufrimiento de los belgas exiliados y prestar asistencia a aquellos que permanecieron en territorio ocupado. Desde los primeros meses del conflicto, se organizó el envío de ayuda humanitaria con el fin de socorrer a las poblaciones amenazadas por el hambre desde el continente americano. La *Commission for Relief in Belgium* coordinó el transporte de víveres desde diversos puertos, como los de Buenos Aires y San Francisco (1). Además, la ayuda humanitaria también se destinó a aquellos soldados belgas, que defendían los últimos kilómetros de territorio no ocupado en el frente del Yser. Estos combatientes sufrían un mal conocido como el *cafard*: un tipo de depresión causado, entre varias razones, por la falta de noticias de sus familias, ya que habían quedado atrapadas en las zonas ocupadas. En este contexto surgieron las *madrinas de guerra*: una figura humanitaria, que trató de paliar el sufrimiento de los soldados belgas y franceses a través del apoyo moral y material que representaba el envío de cartas y paquetes. Aunque el madrinazgo fue un fenómeno que apareció en Francia, este tipo de ayuda humanitaria traspasó sus fronteras llegando a extenderse en el continente americano.

El objetivo de esta comunicación es reconstruir las redes postales transatlánticas tejidas entre madrinas y soldados a lo largo de la Primera Guerra Mundial mediante el análisis de fuentes elaboradas por organizaciones humanitarias, periódicos y revistas, así como de cartas, diarios y fotografías. Examinar este *corpus* a la luz de la historia de género y de las emociones, me permitirá estudiar la circulación de prácticas epistolares vinculadas al madrinazgo en el continente americano para interpretarlas como un tipo de cuidados humanitarios destinados a mejorar el bienestar emocional de los soldados. A pesar de su carácter humanitario, estos cuidados contribuyeron al esfuerzo bélico a través de la difusión de propaganda a miles de kilómetros del frente.

EL DESCUBRIMIENTO DE LAS "MADRINAS" EN EUROPA

La organización *La Famille du Soldat* (*La Familia del Soldado*) fue fundada el 11 de enero de 1915 en la ciudad de Angers y desempeñó un papel fundamental para convencer al público francés de la necesidad de reclutar madrinas de guerra. Según el testimonio de la escritora y madrina de guerra Henriette de Vismes (1884–1958) (2), esta iniciativa nació en el seno de un taller de costura, al que acudían los soldados que habían obtenido un permiso provenientes de los territorios ocupados. Estos soldados carecían de recursos y no tenían un lugar donde hospedarse. Para ayudarlos, una amiga de Marguerite de Lens (1883–1964) propuso la creación de una agencia de correspondencia destinada a ofrecerles apoyo moral y, en ciertos casos, un hogar temporal. La idea de Marguerite de Lens logró consolidarse gracias al respaldo de Jules Cambon (1845–1935), entonces embajador de Francia, de su hija Jacqueline, y del diplomático belga, el barón Eugène Beyens (1855–1934). La participación de Cambon resultó decisiva, ya que colaboró en la redacción de un artículo firmado por el renombrado periodista Maurice Barrès, que fue publicado en la portada de *L'Écho de Paris*. Este artículo despertó un gran entusiasmo, popularizando la causa del madrinazgo. Tras la aparición del artículo de Barrès, muchos soldados intentaron encontrar su propia madrina. El fenómeno se propagó rápidamente a otros países, incluso neutrales, como los Países Bajos y España.

Sin embargo, este tipo de correspondencia suscitó preocupación en los altos mandos militares belgas, que buscaron regular su práctica. Se desaconsejó que los soldados se dirigieran directamente a la prensa francesa para solicitar una madrina debido a temores relacionados con el espionaje, así como a la posibilidad de encuentros físicos sexuales propiciados por la cercanía geográfica. Ante estas inquietudes, las autoridades belgas optaron por buscar nuevas madrinas en el otro lado del Atlántico, donde las distancias ofrecían una mayor seguridad en términos de control y moderación de los vínculos afectivos establecidos con los soldados (3).

LA ADOPCIÓN DE LA PRÁCTICA EPISTOLAR POR LAS MADRINAS DE GUERRA AMERICANAS

A partir de la primavera de 1916, la *Oficina de Correspondencia y Documentación belga* dirigida por Joseph de Dorlodot en Folkestone (Inglaterra), comenzó su actividad en el continente americano. Contando con el apoyo de las autoridades belgas para promover esta iniciativa, de Dorlodot se puso en contacto con diferentes embajadas y la prensa con el objetivo de encontrar madrinas para los soldados (4). El fenómeno del madrinazgo tuvo un gran éxito en Estados Unidos y Canadá. A pesar de ello, de Dorlodot recurrió a otras redes de solidaridad lationamericanas para promover el reclutamiento de madrinas en países como Argentina. Así lo demuestra su correspondencia con Marie D. de Franchimont, presidenta de las Damas Francesas y Belgas de la Cruz Roja Franco-Belga, que facilitaba el envío de dinero entre las madrinas argentinas y sus ahijados belgas desde Buenos Aires (5).

El madrinazgo también se convirtió en una causa humanitaria en Brasil gracias a varios artículos de prensa, que fueron publicados incluso antes de su participación directa en el conflicto. Por ejemplo, el *Jornal do Brasil* difundió una serie de textos dedicados a las madrinas de guerra a partir de noviembre de 1916, en los que se hacía un llamamiento a la *caridade brasileira* de las mujeres para convencerles del papel crucial, que jugaban las cartas en el bienestar emocional de los soldados (6). Subrayando la popularidad que había adquirido el madrinazgo en países como Argentina y Estados Unidos, la prensa brasileña pretendía despertar el interés de las mujeres pertenecientes a las clases altas, a quienes se dirigía prioritariamente esta convocatoria.

PARTICIPAR EN LA GUERRA DESDE EL FRENTE INTERIOR

La ayuda humanitaria aportada por las madrinas de guerra no sólo pretendía mejorar la salud mental de los soldados del frente, sino que se enmarcaba en una "guerra de información a escala global" (7). Las solicitudes de madrinazgo publicadas en la prensa reflejaban tanto la angustia de los soldados belgas y franceses, como aquella sufrida por sus familias en los territorios ocupados. A menudo, estos artículos incluían fragmentos de cartas y relatos para mostrar la virtud sanadora del vínculo epistolar, que habían establecido las madrinas con aquellos soldados que sufrían las dolorosas consecuencias del conflicto. Estaban dirigidos a un público, que había mostrado su preocupación por la ocupación de las regiones del norte de Francia y Bélgica a través de su participación en campañas benéficas destinadas a socorrer la población civil. En Argentina, diversas organizaciones como la *Cruz Roja Belga de Buenos Aires*, la *Unión de Mujeres Belgas* y el *Comité Pro Hogar de los Huérfanos Belgas* se comprometieron con esta causa humanitaria, promoviendo la imagen de Bélgica como una nación mártir mediante la organización de campañas para la recaudación de fondos.

Además, las madrinas desempeñaron un papel estratégico en la distribución de propaganda, reclutando nuevas participantes para ampliar las redes de correspondencia o reuniendo fondos destinados a sus ahijados. De este modo, contribuyeron al esfuerzo que la población civil realizó desde la retaguardia, para poner en marcha esta guerra total. De hecho, Joseph de Dorlodot, director de la *Oficina de Correspondencia y Documentación belga*, fomentó esta dimensión militar condecorando a las madrinas a partir de 1918 para agradecerles su compromiso y captar a nuevas voluntarias. En sus cartas a Joseph de Dorlodot, madrinas canadienses, estadounidenses y argentinas no dudaron en expresar su orgullo al recibir esta distinción, describiendo cómo lucían en público su medalla para mostrar su apoyo con la causa aliada. Las medallas de las madrinas se convirtieron, así, en objetos emocionales que les permitían revindicar su compromiso moral, político e, incluso, religioso, para combatir el dolor de los soldados que estaban luchando en el frente.

A MODO DE CONCLUSIÓN

La obra de las madrinas de guerra permitió el desarrollo de un intercambio epistolar entre individuos completamente desconocidos, provenientes de diferentes países, culturas y, a veces, hablando distintos idiomas. Madrinas y soldados intercambiaron cartas y paquetes durante varios meses o incluso años, sin llegar a conocerse en persona. Este tipo de ayuda humanitaria permitió que las madrinas tejieran redes de cuidados transatlánticos para aliviar a sus ahijados de los síntomas del *cafard*, como la soledad. Además, las madrinas de guerra gozaron de cierto prestigio social ya que, gracias a ellas, la práctica epistolar se popularizó entre la población, convirtiéndose en un símbolo de distinción cultural. Las madrinas de guerra no sólo participaron en el esfuerzo bélico aportando sus cuidados a los soldados a través de la escritura, sino que también brindaron su apoyo a los Aliados al difundir la imagen propagandística de la pequeña y valiente Bélgica durante la guerra. Su compromiso humanitario simbolizó una 'alianza emocional' transatlántica, cuyo impacto social, económico y cultural fue perceptible tanto en el frente del Yser, como en los países aliados y aquellas naciones que permanecieron neutrales (8).

BIBLIOGRAFÍA

1. Little, Branden (2014), La mobilisation humanitaire des villes américaines en faveur de l'aide à la Belgique, 1914-1918, Cahiers Bruxellois, pp. 125-145.

2. De Vismes, Henriette (1918). Histoire authentique et touchante des marraines et des filleuls de guerre. Perrin.

3. Leyder, Marie (2023), Engagées en première ligne : Marraines de guerre et infirmières sur le front de l'Yser pendant la Première Guerre mondiale. Université de Genève, pp.147-192.

4. Leyder, Marie (2020), The American and Canadian wartime godmothers of Belgian soldiers. Joseph de Dorlodot's Correspondence and Documentation Office (1915-1919), Medicine, Conflict and Survival, pp.82-102.

5. Archives Générales du Royaume de Belgique, fondos de Dorlodot, 584.

6. Hemeroteca Digital Brasileira, Jornal do Brasil, "Pedido de "madrinhas"", 26 de noviembre 1917; "Madrinhas de guerra – Varios pedidos chegados ao "Jornal do Brasil"", 4 de septiembre 1918; "Madrinhas de Guerra", 28 de septiembre 1918.

7. Tato, María Inés (2018), La batalla por la opinión pública. El diario argentino La Unión durante la Gran Guerra. En: Compagnon, Olivier; Foulard, Camille; Martin, Guillemette; Tato, María Inés, eds. La Gran Guerra en América Latina: Una historia conectada. CEMCA, pp. 307-320.

8. Piller, Elisabeth; Wylie, Neville (2023), Introduction: humanitarianism and the Greater War. En: Piller, Elisabeth; Wylie, Neville, eds. Humanitarianism and the Greater War, 1914-24. Manchester University Press, pp.1-28.

11.

CÁNCER, CULTURA Y SOCIEDAD EN LA ESPAÑA DEL SIGLO XX: SABERES, REDES, REPRESENTACIONES Y DISCURSOS

COORDINADORES

Enrique Perdiguero Gil
Universidad Miguel Hernández de Elche.
Instituto Interuniversitario López Piñero
quique@umh.es

&

Eduardo Bueno Vergara
Universidad Miguel Hernández de Elche.
Instituto Interuniversitario López Piñero
ebueno@umh.es

PRESENTACIÓN

El cáncer se consolidó a lo largo del siglo XX como una de las enfermedades más determinantes en la configuración de las sociedades occidentales, tanto por su impacto sanitario como por su capacidad para modelar discursos, prácticas e instituciones. La creciente visibilidad de esta enfermedad transformó no solo los modos de diagnóstico y tratamiento, sino también la relación entre el Estado, los profesionales de la salud y la ciudadanía. La lucha contra el cáncer se convirtió en un campo de acción en el que convergieron saberes científicos, intereses políticos y representaciones culturales, dando lugar a dispositivos de intervención que modificaron la organización sanitaria y la experiencia misma de la enfermedad.

Sin embargo, a pesar de su relevancia, que ha ido creciendo — según el informe "Las cifras del cáncer en España 2025", el número de casos diagnosticados durante el año 2025 alcanzará los 296.103 —, la historiografía sobre el cáncer en España durante el siglo XX apenas cuenta con los trabajos de Medina, por ejemplo (1, 2) y el de Wulff (3). Las sociedades científicas relacionadas con el cáncer se han ocupado de su historia, sin rigor histórico, aunque hay excepciones (4, 5).

Esta mesa temática pretende analizar los discursos, las representaciones, las políticas y las instituciones en torno al cáncer en la España del siglo XX, con especial atención al periodo franquista (1939-1975), si bien es necesario ocuparse de las décadas de los veinte y los treinta como marco de referencia. Se trata de ofrecer una aproximación integral al cáncer como objeto histórico, situándolo en la encrucijada entre saberes científicos, dinámicas institucionales y

procesos socioculturales. Dada la ausencia de investigaciones previas, estamos lejos de tener un panorama completo de lo que supuso el cáncer durante el régimen franquista, aunque hemos ido avanzando en algunos de los aspectos más relevantes. Sin duda, uno de los ejes a explorar es la importancia de la beneficencia y la filantropía en el despliegue de las actividades anticancerosas. A ello están dedicados varios de los estudios presentados. El Estado, a pesar de delinear la lucha anticancerosa en la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944 no tuvo demasiado interés en desarrollarla. El Instituto Nacional del Cáncer (6) quedó destruido a inicios de la guerra civil y su puesta en marcha tras la contienda fue lenta y no exenta de dificultades, si bien los detalles están por conocer, dado que su estudio está en curso. El Seguro Obligatorio de Enfermedad se ocupó del cáncer, sobre todo, a través de la cirugía, hasta los años sesenta. Hubo que esperar a los setenta y ochenta para que fuesen consolidándose tanto la radioterapia oncológica como la oncología (7). El espacio dejado por el Estado fue suplido por otras instituciones, como hospitales de beneficencia (8), con la ayuda de entidades locales, fundaciones y donativos particulares. Pero, sin duda, fue la Asociación Española Contra el Cáncer, que reunió a las élites médicas, políticas y sociales, con especial protagonismo de las mujeres, la que, desde su puesta en marcha en 1953, se dio mayor impulso a las actividades anticancerosas. Sin embargo, aunque ya contamos con estudios sobre la organización (9) — como los que se presentan en esta mesa— no conocemos suficiente sobre su desempeño, dado que no hemos tenido acceso a sus archivos. Otro tema en el que hay que profundizar es en el desarrollo de la investigación sobre la enfermedad — a ello se dedica otra de las comunicaciones —, una tarea que no interesó en los primeros años del franquismo (10). También es preciso estudiar las representaciones que generó la enfermedad como es el caso de las cinematográficas, también tratadas aquí.

Tenemos, por tanto, estudios fragmentarios. Esperamos en los próximos años tener una imagen global del cáncer durante el franquismo.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Los trabajos presentados en esta mesa son parte de los proyectos I+D+i PID2019-107658GB-I00, «Lucha contra el cáncer y cambio sociocultural en España (1939-1975): entre el miedo y la esperanza» (CAMIES) financiado por MICIN/AEI/10.13039/ 501100011033 y PID2023-149510NB-I00, «Culturas del cáncer entre el Desarrollismo y la Transición: imaginarios políticos, dinámicas sociales y narrativas comparadas» (CANDESTRA), financiado por MICIU/AEI /10.13039/501100011033 y FEDER, UE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Medina Doménech, Rosa María (1996), ¿Curar el cáncer? Los orígenes de la radioterapia española en el primer tercio del siglo XX, Granada, Universidad de Granada.

2. Medina, Rosa; Casas, Francesc; Calvo, Felipe A. (1996), Radiation oncology in Spain: Historical notes for the radiology centennial, International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics, 35 (5), 1075-1097.

3. Wulff Barreiro, Enrique (2013), Registros de cáncer en España: una perspectiva histórica, Llull, 36 (78), 427-456.

4. Biete, Albert (2022), Una mirada al pasado, Madrid, Fundación Española de Oncología Radioterápica.

5. Biete Solà, Albert; Vila-Masana Portabella, Joan (2022), Història de la Radioteràpia a l'Hospital Clínic i a la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona, Gimbernat, (78), 59-72.

6. Perdiguero-Gil, Enrique; Bueno Vergara, Eduardo; Echániz Martínez, Berta (2025), La lucha social contra el cáncer durante la dictadura de Primo de Rivera: Institucionalización y popularización. En: Navajas Zubeldia, Carlos; María Muñoz, Guillermo, eds. Nuevas miradas sobre la dictadura de Primo de Rivera en su centenario, Logroño, Universidad de La Rioja, pp. 301-318.

7. Cayuela Sánchez, Salvador; Cano Muñoz, Eduardo (2025), Memorias de la oncología médica en España. La insitucionalización de una especialidad, Asclepio, 77 (1).

8. Echániz Martínez, Berta; Bueno Vergara, Eduardo; Perdiguero-Gil, Enrique (2025), El Pabellón del Cáncer. Los inicios de la lucha anitcancerosa en Alicante, Asclepio, 77 (1).

9. Guillén Lorente, Carmen; Del Cura González, Mercedes (2025), La Asociación Española Contra el Cáncer: élites, saber experto y filantropía en la España franquista (1953-1968), Asclepio, 77 (1).

10. Martínez-Pérez, José (2025), «El gran enigma que aún queda por descifrar»: ignorancia, control de cáncer e investigación, Asclepio, 77 (1).

Ciencia y caridad: las respuestas al cáncer en la sociedad española del primer tercio del siglo XX

Eduardo Bueno Vergara
Universidad Miguel Hernández de Elche.
Instituto Interuniversitario López Piñero
ebueno@umh.es

&

Enrique Perdiguero Gil
Universidad Miguel Hernández de Elche.
Instituto Interuniversitario López Piñero
quique@umh.es

INTRODUCCIÓN

Hacia finales del siglo XIX y, con mayor intensidad, durante las primeras décadas del siglo XX, comenzó a manifestarse una inquietud social cada vez más pronunciada en relación con el cáncer (1, 2, 3). Si bien es cierto que su importancia demográfica distaba de ubicarla entre los estragos provocados por las enfermedades infecciosas, su "incurabilidad", el lento padecimiento que aguardaba a la persona doliente hasta el inevitable final y todos los significados sociales que presentaba, entre ellos el estigma, despertaron el interés (y el temor) desde diferentes ámbitos. El objetivo de nuestra comunicación es realizar un recorrido, necesariamente parcial, de la emergencia de la enfermedad en la esfera pública como problema social y los cambios que propició en determinados aspectos de la sociedad española de las primeras décadas del siglo XX. Las fuentes utilizadas han sido, fundamentalmente, archivos provinciales y municipales y prensa periódica.

CÁNCER, *RADIUM* Y MERCADO PRIVADO

El auge de la preocupación por la enfermedad coincidió temporalmente —y pronto quedaría vinculado a ella en múltiples sentidos— con la aparición de los Rayos X y, de manera aún más significativa, con el del *radium*. Este elemento, que despertó una profunda fascinación en diversos ámbitos de la vida social y científica (4), alimentó la esperanza de hallar un tratamiento eficaz contra el cáncer, hasta entonces confinada a la cirugía en ciertos casos, y fue decisivo para la consolidación de una nueva especialidad médica: la Radiología (5). En este contexto, el *radium*, debido a sus propiedades, se configura como lo que ha sido denominado un objeto-frontera (*boundary object*): una entidad que pertenece simultáneamente a distintas esferas o realidades, adoptando en cada una de ellas una identidad y una función específicas (6, 7).

Desde los primeros años del siglo XX comenzaron a aparecer en la prensa española numerosos anuncios que publicitaban el tratamiento de diversas enfermedades mediante el uso de los Rayos X y del *radium* en diferentes clínicas privadas. Tal es el caso del Instituto Calatayud de Terapéutica Física, dirigido por el médico Celedonio Calatayud, figura clave en el establecimiento de la Radiología en España (8). Marie Curie visitó su instituto privado de Radiología durante su primer viaje a España, en 1919, legitimando así su figura. A pesar de no contar con fuentes directas del funcionamiento de las clínicas privadas, la publicidad en los diarios nos permite comprobar cómo estas ofrecieron tempranamente la novedosa terapéutica para quienes podían costearla. Estos anuncios se alternaban con noticias que informaban sobre los notables resultados obtenidos, tanto dentro como fuera del país, mediante la aplicación del *radium* para el tratamiento de distintos tipos de cáncer, en especial los de piel y cuello de útero.

Lo cierto es que el *radium* se convirtió en un bien comercial altamente valorado por quienes lo poseían, utilizándose en ocasiones más como reclamo publicitario que como referencia directa a la enfermedad. Su elevado coste hizo que su adquisición se concibiera no solo como una necesidad médica, sino también como una oportunidad de negocio. Un ejemplo paradigmático de ello es la creación de la *Sociedad Radium Instituto Hispano-Suizo*, que aspiraba a convertirse en el principal distribuidor de este valioso elemento en Valencia, y cuya fundación contó con la participación de varios inversores privados.

BENEFICENCIA PÚBLICA Y CÁNCER

Los esfuerzos para garantizar que el acceso al *radium* no quedara restringido a las clases acomodadas permiten analizar la movilización de diversos agentes sociales. Las autoridades estatales, regionales y locales, así como la población en general — en ocasiones mediante contribuciones obligatorias—, colaboraron para llevar esperanza a los pacientes con cáncer más desfavorecidos.

Por ejemplo, en el caso de la ciudad de Valencia, las iniciativas caritativas se concretaron en la creación del Instituto Municipal de Oncología de Valencia (IMOV). Esta organización fue impulsada por el médico del cuerpo de Beneficencia y Sanidad Municipal Salvador Monmeneu, y contó con el respaldo de Liga Valenciana contra el Cáncer (LVCC) —asociada a la Liga española, a la que nos referiremos en el siguiente epígrafe—, la sección de Cancerología del Instituto Médico Valenciano, el Ayuntamiento y el gobernador civil. Inicialmente se creó en 1930 un consultorio ambulatorio en una de las casas de socorro de la capital valenciana, para pasar en 1933 a ocupar el edificio de un antiguo lazareto anticolérico en las afueras de la ciudad. Fue la LVCC la que gestionó la compra de *radium* gracias a aportaciones obligatorias de los municipios de la provincia de Valencia y donaciones privadas. Monmeneu también trabajaba en el ámbito privado, inicialmente en el *Radium Instituto Hispano-Suizo*.

Otro ejemplo lo encontramos en la ciudad de Alicante, donde el médico Eduardo Amorós, quien practicaba y ofrecía tratamientos de *radiumterapia* en su consulta privada, pasó a integrarse en la beneficencia municipal, como especialista en

Rayos X. Más adelante, asumiría un cargo en el ámbito de la beneficencia provincial, siendo nombrado director del Pabellón del Cáncer, instalado en el Hospital Provincial cuando este fue inaugurado a principios de la década de los treinta. En otras capitales de provincia se produjeron iniciativas similares o empresas de mayor envergadura, como el Instituto Radio-Quirúrgico de Guipúzcoa, que aguardan un estudio detallado.

Comprobamos, por tanto, cómo diversos agentes convergieron para hacer accesible el novedoso tratamiento contra el cáncer a las personas pobres, ya fuera a través de instituciones locales o provinciales. Por un lado, la figura del médico radiólogo, que previamente ofrecía *radiumterapia* en su consulta privada y gracias a la cual, en muchos casos, había adquirido prestigio profesional. Este mismo médico pasaba a integrarse en la estructura de la beneficencia pública, compaginando su ejercicio privado con su labor asistencial, en un momento en que el problema del cáncer comenzaba a ser considerado una cuestión que también debía ser atendida por las instituciones benéficas. Por otro lado, la adquisición del costoso *radium* solía financiarse mediante suscripciones populares. En los dos casos aquí aludidos, estas campañas fueron organizadas por el gobernador civil Cristino Bermúdez de Castro, primero en Alicante y, posteriormente, en Valencia. Como ya se ha señalado, la compra del *radium* solo era posible acudiendo a los mercados internacionales, en particular al europeo, donde este elemento procedía, en gran medida, del expolio colonial del entonces denominado Congo Belga.

LA ORGANIZACIÓN NACIONAL DE LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER

Un claro reflejo de la preocupación social por la enfermedad y la organización de la lucha contra el cáncer lo encontramos en la creación de la Liga Española contra el Cáncer. Fundada en 1924, durante la dictadura de Primo de Rivera, quedó *de facto* disuelta durante la Segunda República (1931-1939). Constituyó un espacio de convergencia entre una parte de la profesión médica preocupada por esta enfermedad y las élites sociales, especialmente las madrileñas.

La Liga, al igual que otras asociaciones similares a que se estaban desarrollando en otros países de Europa y América —de hecho, la española nació estrechamente vinculada a la francesa—, perseguía una triple finalidad: científica (investigación), asistencial (centros de tratamiento, hospitales, pabellones) y social (educación y divulgación).

La Liga pronto se convirtió en escenario privilegiado para la representación social de las élites a las que aludíamos, encabezadas, como no podía ser de otra manera, por la monarquía. Con Alfonso XIII más ocupado en la interpretación del autoasignado papel de rey-soldado, fue la reina, Victoria Eugenia de Battenberg quien asumió la presidencia de la Liga y escenificó la figura de lo que se ha denominado *welfare monarchy* (9). Las labores de recaudación de fondos para sostener las actividades de la Liga —mediante representaciones teatrales, proyecciones cinematográficas o fiestas benéficas— ofrecieron un espacio público ideal para la exhibición de una caridad ejercida por las élites sociales, interesadas en una enfermedad que, por primera vez, parecía no distinguir entre clases sociales. Estas tareas recayeron fundamentalmente en mujeres

pertenecientes a dichas élites y en esposas de médicos, lo que favoreció el acercamiento entre médicos y aristócratas, proporcionando además una vía de legitimación profesional para los primeros.

Uno de los principales resultados de la actividad de la Liga fue el impulso al Instituto Nacional del Cáncer que, si bien ya existía previamente bajo la denominación de Instituto Príncipe de Asturias (aunque, en realidad, ambos nombres fueron utilizados de manera indistinta), experimentó un notable crecimiento gracias al apoyo institucional y social de la Liga. Este desarrollo tuvo lugar, además, en el contexto favorable de los años veinte, marcado por una coyuntura económica expansiva, fuertes inversiones en infraestructuras y un proceso de modernización urbana de Madrid promovido por el propio monarca a través de la creación de la Ciudad Universitaria, donde se ubicó la institución.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Esta publicación es parte de los proyectos I+D+i PID2019-107658GB-I00, financiado por MICIN/AEI/10.13039/ 501100011033 y PID2023-149510NB-I00, financiado por MICIU/AEI /10.13039/501100011033 y FEDER, UE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cantor, David (2008), Cancer in the Twentieth Century, Baltimore, Johns Hopkins University Press.

2. Pinell, Patrice (1992), Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France, 1890-1940, Paris, Éditions Métailié.

3. Teixeira, Luiz Antonio (2010), O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX, História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 17 13-31.

4. Rentetzi, Maria (2022), Seduced by Radium. How Industry Transformed Science in the American Marketplace, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press.

5. Medina Doménech, Rosa María (1996), ¿Curar el cáncer? Los orígenes de la radioterapia española en el primer tercio del siglo XX, Granada, Universidad de Granada.

6. Trompette, Pascale; Vinck, Dominique (2009), Revisiting the notion of Boundary Object, Revue d'anthropologie des connaissances, 3 (1), 3-25.

7. Bishop, Simon; Waring, Justin (2019), From boundary object to boundary subject; the role of the patient in coordination across complex systems of care during hospital discharge, Social Science & Medicine, 235, 112370.

8. Puyalto De Pablo, Paloma; Sánchez Fernández, Juan José; García Santos, José María (2012), Celedonio Calatayud Costa y el nacimiento de la especialidad, la Sociedad Española de Radiología Médica y la revista: el comienzo de un siglo de Radiología española, Radiologia, 54 (6), 539-548.

9. Prochaska, Frank (1995), Royal Bounty: The Making of a Welfare Monarchy, New Haven & London, Yale University Press.

Discursos, modelos y representaciones de la caridad: las Juntas de Damas y la lucha anticancerosa en la España del siglo XX

Berta Echániz Martínez
Universidad Miguel Hernández de Elche.
Instituto Interuniversitario López Piñero
berta.echaniz@umh.es

INTRODUCCIÓN

«Llega un día en que ya no es hermosa, en que sus hijos no la han menester, y se apartan de ella para formar otra familia o para buscar fortuna; en que queda viuda, o en que su marido le ofrece cuando más una amistad fría. ¿Qué le resta? La ambición es un mal recurso, pero es un recurso al fin; no le tiene. Su inteligencia no está cultivada; tampoco puede vivir con su inteligencia. Su belleza se extinguió, ya no puede vivir con las satisfacciones del amor propio halagado. Su corazón le queda nada más, ese corazón que necesita amar, cuando ella no puede ya inspirar amor. ¡Pobre mujer! ¡Está bien sola, es bien desgraciada! ¿Qué hará? La caridad puede ofrecerle un asilo; su amor puede divinizarse convirtiéndose en compasión; poco a poco dejará de verter lágrimas, consolada con enjugarlas, y cuando ya no puede ser adorada, será bendecida» (1)

A mediados del siglo XIX, Concepción Arenal se valía de experiencias de vida como el amor, el deseo, la soledad, la religión o la (falta de) ambición femenina para puntear la costura histórica que, durante siglos, ha unido la virtud de la caridad —entendida como compasión cristiana que promete la salvación espiritual— con las mujeres. Además, sus palabras acerca de esta remota y perdurable atadura me permiten introducir el planteamiento teórico historiográfico en el que se incluye esta propuesta, comprendida en una línea de investigación mucho más amplia: el estudio de la (re)construcción de genealogías femeninas de la caridad en la lucha anticancerosa entre las élites sociales de la España contemporánea.

A lo largo del siglo XX, en el contexto internacional y nacional del proceso de institucionalización de la lucha contra el cáncer y de la puesta en marcha de los distintos sistemas asistenciales y áreas de investigación en torno a esta enfermedad, el estudio de las labores desarrolladas por las mujeres en las campañas de divulgación, propaganda, asistencia, captación de recursos y educación de la población, a través de su implicación en la formación de «Juntas de Damas», permite abordar un análisis comparado de un modelo de acción social protagonizado por mujeres de las élites en dos organizaciones concretas: la Liga Española contra el Cáncer (1924-1931) y la Asociación Española Contra el Cáncer (fundada en 1953, en adelante AECC).

Así, desde una mirada espaciotemporal continuada y a través de un nutrido conjunto de fuentes (memorias de actividades, informes científico-técnicos, boletines, legislación, documentos de archivo, prensa periódica y testimonios fotográficos), las Juntas de Damas de ambas organizaciones se descubren como escenarios privilegiados para buscar y analizar cambios, permanencias y rupturas a nivel discursivo —desde un marco político, económico, sociocultural, de género, religioso y científico— entre dos épocas definidas por regímenes dictatoriales. En este sentido, a fin de poder condensar una semblanza de las dos instituciones que facilite la comparación y dada la limitación de espacio, resumo en la siguiente tabla sus principales particularidades (2, 3, 4):

	Liga Española contra el Cáncer (1924-1931)	**Asociación Española Contra el Cáncer (1953-)**
Contexto fundacional	Dictadura de Primo de Rivera	Dictadura franquista
Germen fundacional	Liderada por la monarquía, nace como resultado de la conjunción entre esta, una profesión médica interesada por la etiología y tratamiento del cáncer y sectores de las élites sociales (agentes catalizadores de esa inquietud)	Creada por el empresario José Biosca Torres (mito fundacional) y encajada en el armazón político, económico y científico del régimen franquista
Estructura organizativa	Sección Técnica Sección Administrativa	Consejo Ejecutivo Comité Técnico Comité Administrativo
Funciones	Investigación, asistencia, diagnóstico, terapéuticas, prevención, divulgación y captación de recursos	Investigación, asistencia, diagnóstico, terapéuticas, prevención, divulgación y captación de recursos
Junta de Damas (central)	Presidida por la reina Victoria Eugenia de Battenberg (hasta 1931) y compuesta por representantes de la aristocracia y la alta burguesía	Presidida por Carmen Franco Polo (hasta 1975) y compuesta por representantes de la nobleza (las menos), esposas de médicos y mujeres pertenecientes a sagas familiares de empresarios, banqueros, cargos políticos del régimen…
Desarrollo regional, provincial o local	De carácter centralista (Madrid), se crearon Secciones con desigual desarrollo (catalana, guipuzcoana, andaluza y valenciana)	De carácter centralista (Madrid), se fueron creando Juntas provinciales y locales por toda la geografía española (a imitación de la central)
Proyección	Se disolvió con la llegada de la II República (la lucha anticancerosa pasa a depender de la Dirección General de Sanidad)	Convertida en símbolo de la lucha anticancerosa en España hasta día de hoy

El bosquejo de estas instituciones, —encargadas de liderar y dirigir las iniciativas de la lucha anticancerosa y resultado ambas de las redes de influencia y favores entre la profesión médica y los círculos de poder del momento—, contribuye a contextualizar esta reflexión y a formular una aproximación sobre cómo se fueron moldeando estas genealogías de la caridad, lo que permitirá complejizar el discurso histórico tradicional en torno a la historia del cáncer en España. Para ello, a continuación, propongo algunas líneas de estudio (actualmente en curso y expuestas como estímulo para abrir otras vías de investigación y debate) que enuncio brevemente y que he articulado a partir de los tres elementos narrativos que dan título a esta propuesta

SOBRE DISCURSOS DE CLASE, MODELOS DE MUJER Y REPRESENTACIONES CARITATIVAS

La actividad de estas Juntas de Damas, que combinaba el propósito religioso católico con el despliegue de una acción social en el espacio público, resultaba un modelo reconocido y ensayado por mujeres de grupos privilegiados que, durante siglos, lo habían venido utilizando —con otras enfermedades o causas— como forma de comprometerse con las transformaciones socioculturales del tiempo que les había tocado vivir (5). Sin embargo, esta práctica caritativa anticancerosa, desde las primeras décadas del siglo XX, estará condicionada por una idea de caridad definida por la transversalidad de una enfermedad como el cáncer, lo que obligará a su reformulación (6) y, desde el complejo escenario que se dibuja a partir de los años 50, además se verá atravesada y modificada, muy especialmente, por las nuevas nociones de modernidad y domesticidad que se incorporaban al repertorio ideológico franquista (7). Este conjunto de cambios también influirá en la evolución del propio discurso que protagonizan estas mujeres, en el que existe una clara reafirmación de diferencia de clase a través de su propia acción caritativa, pues, el carácter ejemplar de sus méritos queda subrayado frente a las clases más desfavorecidas y les otorga autoridad moral ante el resto de la sociedad. Todo ello obliga a incorporar un enfoque interseccional al relato histórico en el que se tengan en cuenta —además del género— otras categorías de análisis como la clase social, la edad, la tradición católica, el encaje familiar y geográfico o la propia enfermedad.

Por otro lado, el estudio de estas genealogías femeninas de la caridad propicia que se pueda profundizar en cómo se fueron tejiendo los lazos intergeneracionales en torno a la experiencia de enfermar y los cuidados, así como el desarrollo de un activismo transnacional que, dada la cronología que se maneja, lleva irremediablemente a preguntarse por su relación con la diplomacia primorriverista y la política exterior del régimen franquista a partir de los Pactos de Madrid (1953) y sus pretensiones de rehabilitación internacional.

Esta propuesta también invita a analizar los discursos en torno a la reformulación de unos modelos de mujer e ideales de feminidad, estudiando la evolución, en ambos contextos dictatoriales, de los roles de género y las dinámicas de poder, así como las resistencias, tensiones, agencias, contradicciones y ambivalencias fruto de tales transformaciones (8, 9).

Por último, entre las fuentes analizadas destacan los testimonios fotográficos contemporáneos, concretamente aquellos que captan la puesta en escena de las cuestaciones, a través de las mesas petitorias de la AECC (a partir de 1958), como una forma de socializar la preocupación por la enfermedad que ha trascendido en el imaginario colectivo de la sociedad española contemporánea. La escenificación de esta suerte de «espectáculo de la caridad» (10), permite entender estos y otros retratos a partir de la carga simbólica que encierran, como representaciones visuales de estas genealogías, donde confluyen lo político, lo emocional o lo económico de un tiempo concreto y los cambios socioculturales que en él acontecen.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Esta publicación es parte del proyecto PID2023-149510NB-I00, financiado por MICIU/AEI /10.13039/501100011033 y FEDER, UE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arenal, Concepción (1861), La beneficencia, la filantropía y la caridad, Madrid, Imprenta del Colegio de Sordo-Mudos y de Ciegos.

2. Perdiguero-Gil, Enrique; Bueno Vergara; Eduardo; Echániz Martínez, Berta (2025), La lucha social contra el cáncer durante la dictadura de Primo de Rivera: institucionalización y popularización. En: Navajas Zubeldia, Carlos; María Muñoz, Guillermo, eds. Nuevas miradas sobre la dictadura de Primo de Rivera en su centenario: Actas del VIII Congreso Internacional de Historia de Nuestro Tiempo, Logroño, Universidad de La Rioja, pp. 301-318.

3. Bueno Vergara, Eduardo; Echániz Martínez, Berta; Perdiguero-Gil, Enrique (2025), Welfare monarchy, diplomacy and science in the transnational fight against cancer: The Spanish League Against Cancer (1924–1931). En: Perdiguero -Gil, Enrique; Martínez-Pérez, José, eds. Cancer in Spain (1924-1986): politics, practices and knowledge, Madrid, Marcial Pons, (en prensa).

4. Guillén Lorente, Carmen; Del Cura González, Mercedes (2025), La Asociación española contra el Cáncer: élites, saber experto y filantropía en la España franquista (1953-1968), Asclepio, 77, (1).

5. Franklin Lewis, Elizabeth. (2011), La caridad de una mujer: modernización y ambivalencia sentimental en la escritura femenina decimonónica, Anales de Literatura Española, 23, 185-204.

6. Pinell, Patrice (2003), Cancer. En: Cooter, Roger; Pickstone, John, eds. Companion to Medicine in the Twentieth Century, London, New York Routledge Taylor and Francis Group, pp. 671-686.

7. Morcillo, Aurora (2010), The Seduction of Modern Spain. The Female Body and the Francoist Body Politic, Lewisburg, Bucknell University Press.

8. Ortega López, Teresa María, ed. (2023), Mujeres, género y nación en la dictadura de Miguel Primo de Rivera, Madrid, Sílex Ediciones.

9. Morcillo, Aurora (2015), En cuerpo y alma. Ser mujer en tiempos de Franco, Madrid, Siglo XXI.

10. Guy, Donna J. (2009), Women Build the Welfare State. Performing charity and creating rights in Argentina, 1880-1955, Durham and London, Duke University Press.

La AECC y las campañas de "control de la salud" en el franquismo: la experiencia piloto de Camas

Carmen Guillén Lorente
Facultad de Medicina de Albacete.
Instituto de Biomedicina. Universidad de Castilla la Mancha
Carmen.Guillen@uclm.es

&

Mercedes del Cura González
Facultad de Medicina de Albacete.
Instituto de Biomedicina. Universidad de Castilla la Mancha
Mercedes.DelCura@uclm.es

El diagnóstico precoz fue uno de los objetivos prioritarios en la lucha contra el cáncer desde principios del siglo XX al considerar que la detección temprana era indispensable para aumentar el éxito en el tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, esta labor se veía limitada por la falta de una formación médica especializada, la ausencia de dispositivos para su diagnóstico y la desinformación de la población. Esta última cuestión se veía agravada, además, por el miedo de los propios expertos a hablar abiertamente sobre el cáncer. La forma de enfocar la educación de la población sobre la enfermedad y la importancia del diagnóstico precoz fue diferente según los contextos; mientras Estados Unidos impulsó activamente las campañas de información, en otros lugares como Países Bajos o Gran Bretaña, se puso en duda su implementación al creer que podían generar miedo a la población alejándoles de las consultas médicas (1, 2). A pesar de ello, este tipo de acciones se mostraron efectivas en países como Estados Unidos o Brasil (3, 4).

En España, la solución que estaban planteando los expertos a las barreras que enfrentaba el diagnóstico precoz, pasaban por la creación de centros de cribado, la formación del personal sanitario y la puesta en marcha de campañas educativas para concienciar a la población sobre la importancia de identificar los signos de alarma (5). Durante el franquismo, esta labor iba a estar, fundamentalmente, vinculada con una organización de carácter filantrópico y privado surgida en 1953, la Asociación Española contra el Cáncer (AECC). Esta entidad, promovida por élites sociales, políticas y médicas de la época, surgía con el objetivo de contribuir a la lucha contra el cáncer en cuatro ámbitos: el asistencial, el preventivo, el educativo y el investigador. La AECC articuló esta labor a través de juntas provinciales y de una serie de dispositivos de tratamiento y diagnóstico que fue creando en varias provincias en colaboración con ayuntamientos y diputaciones (6). En concreto, la labor de detección precoz se desarrolló a través

de dispensarios y centros de control de salud. El objetivo de esta comunicación es analizar de qué forma se planteó orientar esa actividad la AECC a través del estudio de una campaña de control de salud que tuvo lugar en el municipio sevillano de Camas en 1964. Las fuentes principales para este estudio han sido, las memorias técnicas de la AECC, un monográfico que se publica en la revista Archivos de Cancerología, las actas de un simposio que se celebra en 1965 sobre centros de control de salud del cáncer y prensa diaria de la época.

La campaña de Camas no fue la única acción emprendida por la AECC en la detección precoz; pero resulta especialmente interesante en la media en que se planteó como una experiencia piloto con tres objetivos fundamentales: identificar precozmente neoplasias y otras enfermedades, evaluar la respuesta del público ante este tipo de iniciativas y analizar la viabilidad de implementar programas similares a mayor escala (7). Otro elemento que iba a distinguir la campaña de Camas es que se trataba de un llamamiento voluntario, dirigido a toda la población adulta sana del municipio; cuando lo habitual era que a los centros especializados solo acudieran pacientes derivados por facultativos o personas con consultas sobre síntomas sospechosos.

La promotora de esta campaña fue la junta provincial de la AECC en Sevilla en colaboración con el Centro de Cancerología San Juan de Ribera; un organismo gestionado por la propia AECC y la Diputación provincial de Sevilla. Desde su creación en 1957 el objetivo principal de este centro había sido la asistencia médica, pero también llevó a cabo tareas de investigación y acciones destinadas a promover la formación médica y la divulgación (8). La asociación se encargó de acondicionar el local (cedido por un particular) y de dotarlo con material médico y de laboratorio. Contó con la colaboración desinteresada de personal facultativo y auxiliar del municipio y del propio centro. Además, tuvo el apoyo de integrantes de Sección Femenina y de la Escuela de Serología de Sevilla.

Para conseguir que la población acudiera al reconocimiento médico se emplearon diferentes estrategias: octavillas, carteles murales, charlas divulgativas, mensajes del párroco local e, incluso, un llamamiento del alcalde (en forma de edicto) en el que se destacaba el carácter gratuito de los reconocimientos médicos y se instaba a la población a acudir al centro (7). El centro se inauguraba a finales de febrero con la presencia de autoridades políticas, militares y religiosas, así como con cobertura mediática (prensa, radio y televisión) a nivel nacional (9).

El proceso diagnóstico desarrollado en el centro incluía anamnesis, exploraciones encadenadas (pruebas radiológicas y analíticas) y una evaluación conjunta realizada por especialistas. Los resultados se recogían en fichas diseñadas específicamente para el programa. A los pacientes se les entregaba un carnet confidencial con el diagnóstico y una hoja informativa en la que se explicaba cómo proceder tras el examen médico y se insistía en la importancia de las revisiones periódicas. En el caso de que se identificase una neoplasia se les derivaba al Centro de Cancerología, donde continuaban el proceso de diagnóstico y tratamiento bajo la protección de la AECC. Mientras que, cuando se identificaban otras patologías, se les derivaba a médicos privados o a la asistencia pública (7).

La campaña, que tuvo una duración de dos meses, fue valorada como un éxito tanto en términos médicos como de participación. También se consideró exitosa por la reacción positiva de la población; no solo no hubo cancerofobia, sino que el nivel de concienciación sobre la enfermedad aumentó, reflejándose en un mayor número de reconocimientos médicos en Camas al año siguiente (5). No obstante, se identificaron una serie de limitaciones desde el punto de vista económico y logístico que convencieron a la asociación de la imposibilidad de replicar el programa a nivel nacional. El coste de este tipo de campañas era muy alto y no podía plantearse asumiendo, siempre, una colaboración desinteresada del personal sanitario. Además, resultaba muy complicado poner en marcha este tipo de iniciativas en un país con una población rural todavía importante que tenía muchas dificultades de acceso a los servicios sanitarios (5).

Para abordar estos desafíos, el director del Centro de Cancerología, Enrique Stiefel, proponía algunas posibles soluciones: transferir la responsabilidad de las campañas al Estado, implementar unidades móviles para alcanzar zonas rurales y concentrar esfuerzos en tumores específicos. Con este objetivo ese mismo año el centro creaba, en colaboración con la Cátedra de Ginecología de Sevilla, una Unidad Citológica Regional donde iban a empezar a hacer diagnóstico precoz de cáncer cervicovaginal con apoyo económico de la AECC. Un año más tarde esta acción diagnóstica se ampliaba al abrir dispensarios comarcales ginecológicos en tres localidades de la provincia (Carmona, Santiponce y Morón de la Frontera), donde se iba a hacer la exploración clínica ginecológica y colpocitológica y la exploración clínica de mamas (5).

Estas iniciativas se sumaron a otras que estaba poniendo en marcha la AECC en esta etapa. La asociación creó centros de control de salud en otras provincias como Teruel o Valencia (10). Además, subvencionó programas de detección periódica de cáncer ginecológico, en distintos servicios de centros sanitarios públicos y en clínicas universitarias vinculadas a las cátedras de Ginecología y Obstetricia de las facultades de medicina. El éxito de estas iniciativas le llevó a ampliar estas subvenciones a campañas de detección precoz de otros cánceres como el gástrico, el broncopulmonar y el nasofaríngeo. Por último, colaboró en tareas diagnósticas con la Cruz Roja y el Dispensario Social de la Caja de Ahorros de Guipúzcoa, vinculado al Instituto Radio-Quirúrgico (11, 12, 13).

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Esta publicación es parte de los proyectos I+D+i PID2019-107658GB-I00, financiado por MICIN/AEI/10.13039/ 501100011033 y PID2023-149510NB-I00, financiado por MICIU/AEI /10.13039/501100011033 y FEDER, UE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cantor, David (2008), Introduction: Cancer control and prevention in the Twentieth Century. En: Cantor, David, ed., Cancer in the Twentieth Century, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, pp. 1-38.

2. Toon, Elizabeth (2008), Cancer as the general population knows it: Knowledge, Fear and Lay education in 1950s Britain. En: Cantor, David, ed., Cancer in the Twentieth Century, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, pp. 116-138.

3. Gardner, Kirsten E. (2006), Early detection. Women, Cancer and Awareness Campaigns in the Twentieth-Century United States, Chapel-Hill, North Carolina, The University of North Carolina Press.

4. Teixeira, Luiz; Araújo Neto, Luiz Alvez, orgs. (2022), História do Câncer no Brasil, Sáo Paulo, Hucitec.

5. Stiefel, Enrique (1966), Examen y control de salud en pequeñas poblaciones: sus posibilidades prácticas. En: Llombart, Antonio, et al. Misión de los dispensarios sociales y centros de control de salud de la lucha contra el cáncer, San Sebastián, Instituto Radio-Quirúrgico y Caja de Ahorros Provincial de Guipúzcoa, pp. 79-87.

6. Guillén Lorente, Carmen; Del Cura González, Mercedes (2025), La Asociación española contra el Cáncer: élites, saber experto y filantropía en la España franquista (1953-1968), Asclepio, 77 (1).

7. Centro de Cancerología (1965), Campaña de control de la salud realizada en la población de Camas, Archivos de Cancerología, 4 (1-2), monográfico.

8. Del Cura González, Mercedes; Guillén Lorente, Carmen (2025), Facing Cancer in Franco's Spain: the Regional Cancer Center in Sevilla. En: Perdiguero-Gil, Enrique; Martínez-Pérez, José, eds. Cancer in Spain over the twentieth century: politics, practices and knowledge, Madrid: Marcial Pons, (en prensa).

9. Inauguración del centro médico de control de salud en Camas, ABC (Sevilla), 25 de febrero de 1964, 42.

10. Llombart, Antonio, et al. (1966), Misión de los dispensarios sociales y centros de control de salud de la lucha contra el cáncer, San Sebastián, Instituto Radio-Quirúrgico y Caja de Ahorros Provincial de Guipúzcoa.

11. Llombart, Antonio (1968), Misión de los dispensarios sociales y centros de control de salud en la lucha contra el cáncer, Gaceta Médica Española, 498, 84-90.

12. AECC (1966), Memoria técnica, Madrid, Asociación Española contra el Cáncer.

13. AECC (1969), Memoria, Madrid, Asociación Española contra el Cáncer.

Beneficencia oncológica en Barcelona, 1950s-1970s

Josep Barceló-Prats
Universitat Rovira i Virgili
josep.barcelo@urv.cat

&

Alfons Zarzoso
Institució Milà i Fontanals, CSIC
azarzoso@imf.csic.es

&

Josep M. Comelles
Universitat Rovira i Virgili
josepmaria.comelles@urv.cat

Esta contribución pone de relieve el alcance que tuvo la beneficencia en la dotación de tecnologías para el diagnóstico y tratamiento del cáncer y en el apoyo al acompañamiento de pacientes oncológicos, en Barcelona entre 1950 y 1970. Si bien fueron múltiples las instancias que participaron mediante campañas y donativos, nos limitaremos a analizar la constitución y actividad de la sección de provincial de Barcelona de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC-B). En este período, la AECC-B contribuyó a transformar los servicios de oncología de los hospitales de Sant Pau, del Clínico, de la Vall d'Hebrón y de Bellvitge, además de pretender fundar un nuevo hospital monográfico especializado en oncología.

La «beneficencia», según la RAE, es «la acción de hacer bien a los demás o las instituciones o servicios de ayuda a los necesitados». Se trata de una práctica de *longue durée* en Occidente, que se remonta desde las donaciones nobiliarias y ciudadanas en los períodos medieval hasta la beneficencia liberal de los siglos XIX y XX (1). Sin embargo, su aplicación en este caso de estudio contiene una carga ideológica, pues la acción siempre es vertical y su fin humanitario busca preservar un orden social, proyectándose una relación de reciprocidad social basada en la obligación moral y el reconocimiento de aquel orden. Por este motivo debe de contextualizarse la «lucha médica contra el cáncer», cuyos inicios podemos encontrar antes de la Guerra Civil. En este período se crearon en España las primeras organizaciones centradas en la lucha anticancerosa mediante una comunión de intereses entre clases altas, representantes políticos y médicos. En 1924 se fundó, en Madrid, la monárquica Liga Española contra el

Cáncer —disuelta con la Segunda República— y, en Cataluña, la Asociación de Lucha contra el Cáncer (2). Ambas basaron la «lucha» en el asociacionismo y en la circulación internacional de prácticas y conocimientos cancerológicos (3).

Bajo el franquismo, la beneficencia impregnó el discurso sobre la caridad del «nacional-catolismo» y se dirigió marginalmente al «pobre canceroso», esto es, como un recurso complementario a la acción administrativa del Estado. En 1953 se creó la AECC, como una entidad privada de carácter filantrópico, con sede central en Madrid, pero con subsedes provinciales. Bajo la presidencia directiva, la AECC se organizaba mediante un comité de honor, formado por representantes de las clases altas, especialmente, damas de la nobleza y alta burguesía, y un comité técnico, compuesto sobre todo por médicos. Hay continuidad entre los nombres de los integrantes de las primeras juntas de la AECC y algunos de los profesionales que participaron en el asociacionismo anterior a la Guerra Civil (4).

Paralelamente, tras la II Guerra Mundial, se inició la transformación de las relaciones entre medicina y tecnología, hacia el desarrollo de un *medical industrial complex*, donde el hospital fue la arena del encuentro entre intereses médicos, comerciales y manufactureros. La disponibilidad tecnológica para el diagnóstico o el tratamiento se convirtieron en referentes de la nueva modernidad. Los pulmones de acero, destinados a la lucha contra las formas más graves de poliomielitis, y las bombas de cobalto, que revelaban la capacidad terapéutica anticancerosa de la energía nuclear, fueron algunas de las primeras manifestaciones del capitalismo hospitalario que conduciría a la actual cultura hospitalocéntrica (5). El enorme coste de esta tecnología puso de manifiesto la debilidad económica del Estado. En ese contexto, la iniciativa política y económica de algunos consistorios y el despliegue de la beneficencia y del mecenazgo empresarial jugaron un papel decisivo en la adquisición e instalación de nuevos equipamientos que, en poco tiempo, condujeron a redefinir la práctica médica y la organización de los hospitales. Más allá de su relativa o escasa implicación, el franquismo aprovechó la llegada de estas tecnologías médicas para presentarlas en los medios de comunicación como ejemplo de eficacia y modernización, de la mano del Noticiario Cinematográfico Español NO-DO (6).

El protagonismo en la financiación de la tecnología oncológica corresponde, en Catalunya, a la AECC-B y a la Fundación Juan March, junto a otros empresarios y donantes anónimos. El papel de AECC-B fue crucial para movilizar recursos e impulsar campañas ciudadanas, iniciando cuestaciones populares mediante el «Día del Cáncer» desde 1958. La prensa barcelonesa contribuyó a esta movilización ciudadana para «recabar fondos», explicando qué era y quién formaba la AECC-B, reflexionando y sensibilizando sobre el cáncer, así como la importancia de si diagnóstico precoz y la lucha preventiva (7). En esta concienciación ciudadana también influyó la exhibición de la bomba de cobalto en la Feria de Barcelona de 1957. Su instalación en los servicios del cáncer o de terapéutica física de Sant Pau y del Clínico fue una realidad en 1959 y en 1961 respectivamente (8). La disponibilidad hospitalaria de la cobaltoterapia se reducía así a la beneficencia de clase, la filantropía empresarial y la caridad ciudadana.

A inicios de los años sesenta, en la AECC-B ya se abogaba crear un Instituto de Oncología que aunase y dirigiese los esfuerzos administrativos y técnicos provinciales de la lucha, unificando criterios terapéuticos, el progreso de la investigación y la formación de equipos con el concurso de médicos, físicos, matemáticos y bioquímicos. La actividad de la AEEC-B y de sus juntas locales fue intensa durante esa década y, mediante los fondos recaudados y las donaciones procedentes de la beneficencia municipal, se fueron dotando equipos tecnológicos y personal especializado. A lo largo de esa década, la financiación generada por aquellos donativos sirvió para sufragar buena parte de los gastos derivados de la cobaltoterapia, así como de otras terapias físicas y químicas anticancerosas. También de los derivados de la financiación de contratos de personal, la dotación de becas y los gastos de organización de cursos, reuniones, publicaciones, etc. Estas ayudas, sostenidas en el tiempo, incidieron en la transformación de los servicios del cáncer, ahora de oncología y medicina nuclear, y contribuyeron de manera decisiva en la organización de los hospitales, en la investigación y producción de conocimiento médico y en la formación de una nueva división del trabajo hospitalario, fomentando la especialización profesional.

Tras el «Día del Cáncer» de 1970, la prensa anunció que la AECC-B estudiaba la construcción de un Centro Oncológico en Barcelona. En 1974, se acordó ejecutarlo con una capacidad de 350 camas, dirigido por Carles Soler-Durall y Elvira Guilera y ubicado en la Gran Vía, cerca del Hospital de Bellvitge (9). Para ello también se contrató al economista Lluís Bohigas como secretario técnico de la AECC-B y se encargó el proyecto arquitectónico a Guillermo Giráldez Dávila, Pedro López Íñigo y Xavier Subías Fages, especialistas en arquitectura hospitalaria. En 1976, levantadas siete plantas, la AECC-B reconoció que los 250 millones recaudados no eran suficientes para un presupuesto que rondaba los 1.000 millones y, para continuar con su construcción, solicitaba aportaciones públicas. Tres años más tarde, según Bohigas, el presupuesto para terminar las obras había ascendido ya a los 3.000 millones de pesetas y la AECC-B solo había recaudado unos 370 millones, por lo que se paralizó la obra. La AECC-B cedió el proyectó a la Generalitat de Cataluña. Esta, en 1995, creó el *Institut Català d'Oncologia*, como empresa pública, ubicado en el actual Hospital Duran i Reynals (10).

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Esta publicación es parte de los proyectos I+D+i PID2019-107658GB-I00, financiado por MICIN/AEI/10.13039/ 501100011033 y PID2023-149510NB-I00, financiado por MICIU/AEI /10.13039/501100011033 y FEDER, UE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barceló-Prats, Josep; Comelles, Josep M. (2020), L'evolució del dispositiu hospitalari a Catalunya (1849-1980), Manresa, PAHCS.

2. Medina, Rosa; Casas, Francesc; Calvo, Felipe A. (1996), Radiation oncology in Spain: Historical notes for the radiology centennial, International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics, 35 (5), 1075-1097.

3. Bueno, Eduardo; Echániz, Berta; Perdiguero-Gil, Enrique (2025), Welfare Monarchy, Diplomacy and Science in the Transnational fight against cancer: The Spanish League against cancer (1924-1931). En: Perdiguero-Gil, Enrique; Martínez-Pérez, José, eds. Cancer in Spain over the Twentieth Century: Politics, Practices and Knowledge, Madrid, Marcial Pons, (en prensa).

4. Del Cura, Mercedes; Guillén, Carmen (2025), Shaping the cancer agenda in Franco's Spain: the leading role of the Spanish Association against cancer. En: Perdiguero-Gil, Enrique; Martínez-Pérez, José, eds. Cancer in Spain over the Twentieth Century: Politics, Practices and Knowledge, Madrid, Marcial Pons, (en prensa).

5. Zarzoso, A. (2022), Pulmones de acero en la Barcelona franquista: de respuesta a la poliomielitis a las unidades de cuidados intensivos. En: Vilar-Rodríguez, Margarita; Pons Pons, Jerònia, eds. Los hospitales y las pandemias en España e Italia desde una perspectiva histórica, Alicante, Universidad de Alicante, pp. 361-384.

6. Menéndez, Alfredo (2007), Átomos para la paz... y para la medicina: la popularización de las aplicaciones médicas de la energía nuclear en España, Medicina e Historia, Cuarta Época, 1, 1-15.

7. Barceló-Prats, Josep; Comelles, Josep M. (2025), From Radiation Therapy to Cobalt Therapy. Origins and Evolution of Oncology in the Hospital de la Santa Cruz y San Pablo in Barcelona. En: Perdiguero-Gil, Enrique; Martínez-Pérez, José, eds. Cancer in Spain over the Twentieth Century: Politics, Practices and Knowledge, Madrid, Marcial Pons, (en prensa).

8. Barceló-Prats, Josep; Comelles, Josep M. (2025), De la radiumterapia a la cobaltoterapia. Orígenes y evolución de la Oncología en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona (1913-1969), Asclepio, 77 (1).

9. Bohigas, Lluís; Guilera, Elvira (1980), El voluntarisme i el control del càncer a Catalunya". En: Actes del XI Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, Reus, Congrés de Metges de Llengua Catalana, pp. 205-211.

10. Comelles, Josep M.; Barceló-Prats, Josep (2025), Del miedo y el tabú a la esperanza y la sensibilización ciudadana. El cáncer, la filantropía y la cultura popular en Cataluña. En: Mota, André; Perdiguero-Gil, Enrique; Echániz, Berta, eds. A Construção Histórica do Cancro no Século XX: Espaços, Saberes e Narrativas Transnacionais, São Paulo, Hucitec, (en prensa).

Lucha contra el cáncer y proyección social. Representaciones de la beneficencia en el cine a partir de *Las amigas* (Pedro Lazaga, 1969)

Ángeles Gómez-Martínez
Universidad Miguel Hernández de Elche.
Instituto Interuniversitario López Piñero
a.gomez@umh.es

Tras varias iniciativas previas a la Guerra Civil, en 1953 surge en España una nueva organización benéfico-social, esta vez de carácter privado, decidida a colaborar con el gobierno franquista en las estrategias sanitarias que había comenzado a poner en marcha. La actividad desarrollada por la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC en adelante) fue muy intensa y abarcó múltiples ámbitos, lo que hizo que se convirtiese en el «icono» de la lucha contra la enfermedad en nuestro país (1).

Los fondos de la AECC procedían, tal y como indicaba la marquesa de Villaverde, presidenta de la Junta de Damas, «de donativos particulares, festivales benéficos y ahora de esta cuestación que se organizará en toda España». La función de las Juntas de Damas consistía en impulsar iniciativas destinadas a la propaganda y recaudación económica. Estas cuestaciones a favor de la AECC, que se empezaron a realizar en 1958, aunque en Navarra ya se había llevado a cabo una el año anterior, se organizaban de forma similar a otras iniciativas, como el Día de la Bandera de la Cruz Roja (también denominada Fiesta de la banderita) o la Fiesta de la Flor, a favor de la lucha antituberculosa.

Esta actividad queda reflejada en la película *Las amigas* (Pedro Lazaga, 1969), en la que un grupo de amigas de clase social alta se critican, se envidian y se admiran entre ellas al mismo tiempo que afrontan distintos problemas sentimentales. El objetivo del presente trabajo es, por tanto, explorar la representación cinematográfica de la beneficencia femenina en dicho largometraje, el cual ofrece un retrato de las cuestaciones organizadas por la AECC como espacios de sociabilidad, prestigio y competencia dentro de las élites franquistas. Como fuentes principales, además de los mensajes de la propia película, se utilizarán los expedientes de censura y permiso de rodaje de esta, así como consultas en prensa, fundamentalmente *ABC* y *La Vanguardia Española*, relativas a las cuestaciones contra el cáncer y a la película objeto de estudio.

Pedro Lazaga (1918-1979), que trabajó profusamente con el productor, y también guionista, Pedro Masó (1927-2008), retrató a través de un cine comercial, muchas veces de forma idealizada, la sociedad del momento en múltiples ocasiones. En el caso de *Las amigas*, el resumen argumental presentado para la obtención del

permiso de rodaje (2) deja claro qué tipo de retrato femenino se quiere plasmar: «Las mujeres tienen un concepto pintoresco de la amistad. Es sólo un hábito, una convención social, un apoyo para la maledicencia en común. Así proceden las mujeres de esta historia que constituen [sic] un grupo algo numeroso, con el fin de prever ausencias que permitan la murmuración. Si están todas presentes, nunca faltan motivos para zaherirse. Es un combate permanente y solapado entre unas y otras. Su arma, la hipocresía. Su razón, la envidia. […].»

En una parte de la trama de la película se puede ver cómo la cuestación anual de la AECC constituye, para estas mujeres, un lugar de batalla más, en el que se manifiestan rivalidades por quién preside la mesa, quién atrae a más público o quién aporta (a través de sus maridos) mayor cantidad de dinero.

La cuestación para la lucha contra el cáncer, en ese momento se encuentra arraigada en el imaginario colectivo, puesto que, aunque en ningún momento se menciona a la AECC ni la enfermedad objetivo de su lucha, el público sabe claramente lo que se está mostrando en la pantalla.

La razón de que no quedara explícita la causa para la que estas mujeres desplegaban su influencia social se encuentra en el expediente de censura de la película. En la Comisión de Censura en Pleno de la Junta de Censura y Apreciación de Películas se acuerda, aparte de eliminar un plano y una escena que pudiese sugerir una relación homosexual entre las dos principales protagonistas, Pochola y Verónica (encarnadas en Sonia Bruno y Teresa Gimpera, respectivamente), suprimir la alusión a la «lucha contra el cáncer», lo cual implica cortes en los rollos 8º y 9º (3).

Dichas alusiones tienen lugar, según el guion de la película, en primer lugar, durante la escena en la que un miembro de la junta directiva y el secretario de la organización benéfica (no se menciona la AECC) asignan las mesas petitorias en la ciudad de Madrid. Antes de saberse la decisión, Cuqui (Florinda Chico), de las mayores del grupo y la que parece tener más poder adquisitivo, comenta: «La lucha contra el cáncer merece todos los desvelos. En lugar de una vez al año debería hacerse dos, por lo menos. Hay mucho dinero suelto que se tira en tonterías». Por otro lado, debe ser recortada la frase de un locutor que se acerca a la mesa para obtener declaraciones de la presidenta: «Televisión Española transmite desde la mesa que preside nuestra Lady Invierno en ‘Cortina D’Ampezzo’ [sic] en favor de la lucha contra el cáncer».

Estas alusiones al cáncer no despertaron suspicacias en la lectura previa del guion durante el proceso de tramitación del permiso de rodaje, tal como recuerda la carta que Pedro Masó Producciones Cinematográficas remite al presidente de la Junta de Censura de Películas de la Dirección General de Cultura y Espectáculos (4). En dicho documento, hay una anotación a lápiz: «El D.G. [ilegible] que toda la secuencia de la cuestación debe reducirse. Dijo que se hablara personalmente con Masó advirtiéndole del riesgo que su otro caso corría. ¿Hablas tú? 1º verla». Se puede deducir que con el término D.G. se refiere al director general de Cultura Popular y Espectáculos.

En la ficción, el primer conflicto que presenta la mesa petitoria es la asignación de su presidencia, la cual Cuqui pensaba que iba a ostentar. Sin embargo, la Junta impone a Pochola dicho honor, puesto que, en su viaje a Italia con Verónica, en el que se supone que transcurre la aventura entre ellas, obtiene el galardón de Lady Invierno en Cortina d'Ampezzo, lo que le supone un plus mediático que la asociación cree que puede favorecer la recaudación.

En la película se muestra, además, una parte de las labores de las mujeres en las mesas petitorias, que es el trabajo previo de captación de fondos y publicidad de la mesa para asegurarse la mayor recaudación posible, lo cual incluye enviar cartas personalizadas a diversos contactos para pedirles colaboración para la causa.

Estas dinámicas en torno a una mesa petitoria contra el cáncer están narradas, en primera persona, por la abogada y escritora Mercedes Formica en una pieza que publica en *ABC* en 1965. Una de las cuestiones que manifiesta es que, «a partir de tres cuestaciones, dividimos a la Humanidad, instintivamente, en dos mitades: los que dieron para el cáncer y los que no dieron». De este modo, cuenta los entresijos de las estrategias de estas mujeres para mantener su autoestima a través de una recaudación suficiente sin la necesidad de ser la esposa de un ministro, puesto que, al respecto, asevera: «Tener un Ministerio propio resulta más beneficioso para una mesa que el mismo Plan de Desarrollo. […] Pero esa perita en dulce sólo la disfrutan quince españolas privilegiadas». Termina Formica su texto, por supuesto, indicando cuál será su mesa en la cuestación contra el cáncer que tendrá lugar ese mismo día.

Una vez llega el día del evento, las mujeres se ponen sus mejores galas, al mismo tiempo que se decora de la forma más ostentosa posible las mesas petitorias. En *Las amigas* no se menciona ningún aspecto de la estética de la mesa, que se muestra similar a las que se pueden apreciar en las fotos de mesas presididas por mujeres de clase alta en la prensa de la época, pero sí hablan entre ellas de su aspecto físico, con un enfrentamiento entre Pochola, joven, con minifalda y vestida a la última, y Cuqui, de mayor edad y ataviada con pieles y grandes joyas.

A nivel recaudatorio, en la película, lo primero que hace la presidenta es abrir la mesa de ficción con un cheque, cuyo importe ha acordado previamente con su esposo. Así, un componente esencial de la organización y de las dinámicas de las cuestaciones lo constituyen los maridos, quienes, además, dan sus «paseos» haciendo aportaciones en función de su poderío económico. Tanto de las recaudaciones de las mesas más importantes como de las contribuciones más generosas a las mismas daban buena cuenta la prensa. En *Las amigas*, que muestra varias situaciones al respecto, el pacto previo de la cantidad a aportar a la mesa y de los paseos del esposo es motivo de discusión dentro de la pareja que parece tener menor poder adquisitivo. En el caso de la única amiga que permanece soltera, Natalia (Mónica Randall), no se menciona ni su aportación a la mesa ni su poder adquisitivo. Por su parte, Sonsoles (Julia Gutiérrez Caba), es viuda, y aunque ha heredado un gran capital, tampoco se muestra si contribuye o no a la cuestación. Estas mujeres no ejercen funciones de postulante, es decir, captar donativos de los viandantes, figura fundamentalmente femenina que se

aprecia brevemente en el montaje final. El paradigma cinematográfico de esta figura lo constituye *Las chicas de la Cruz Roja* (Rafael J. Salvia, 1958), cuya trama gira en torno a cuatro jóvenes de diversa procedencia social que ejercen como postulantes el día de la Fiesta de la banderita.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Esta publicación es parte del proyecto de I+D+i PID2023-149510NB-I00, financiado por MICIU/AEI /10.13039/501100011033 y FEDER, UE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guillén Llorente, Carmen; del Cura González, Mercedes (2025), La Asociación Española Contra el Cáncer: élites, saber experto y filantropía en la España franquista (1953-1968), Asclepio, 77, 1.

2. «Breve resumen argumental de “Las amigas»”», expediente 44821, caja 36/5000, Archivo General de la Administración (AGA).

3. «Acuerdo de la Junta de Censura y Apreciación de Películas», 1 de abril de 1969, expediente 55703, caja 36/04190, Archivo General de la Administración (AGA).

4. «Carta a la Dirección General de Cultura Popular y Espectáculos», 27 de marzo de 1969, expediente 55703, caja 36/04190, Archivo General de la Administración (AGA).

Cáncer y microcinematografía: los filmes de investigación de Ysidro Valladares e Ysmael Álvarez Rodríguez

Paula Arantzazu Ruiz Rodríguez
Universidad de Murcia
pa.ruizrodriguez@um.es

&

Salvador Cayuela Sánchez
Universidad de Murcia
scayuela@um.es

El análisis de la cinética de las células normales y tumorales, el proceso de transformación cancerosa o la respuesta inmunológica del organismo centraron parte de las investigaciones de Ysidro Valladares e Ysmael Álvarez Rodríguez, del Departamento de Biología y Bioquímica del Cáncer del Consejo Superior de Investigaciones Ciéntifica y el Instituto Nacional de Oncología, durante el período comprendido entre 1970 y 1985 (1, 2).

Algunos de sus estudios sobre el cáncer se apoyaron en las técnicas microcinematográficas, produciendo en la década de 1970 los filmes *Actividad de los anticuerpos específicos contra células de cáncer ascítico de Ehrlich* y *Microcinematografía de intervalos en el estudio de la infección producida por un virus oncógeno*, ambos realizados con la ayuda financiera de la Asociación Española Contra el Cáncer y ejemplos, como defendieron los investigadores, de las posibilidades de los medios audiovisuales en la investigación del cáncer, la formación de los especialistas y la divulgación científica (3, 4, 5).

El objetivo de esta comunicación es, por tanto, adentrarnos en este caso de cine médico español orientado al estudio del cáncer. En este sentido, los filmes analizados constituyen un material indispensable (6, 7) en la reconstrucción de la cultura visual y material de la oncología en España. Además, son un ejemplo paradigmático del desarrollo y el potencial impacto —en su momento— de esta metodología de investigación, no suficientemente estudiada y analizada en el ámbito de la historia de la medicina en nuestro país.

Para elaborar esta investigación, por tanto, centraremos nuestros análisis, en primer lugar, en las dos películas arriba mencionadas, custodiadas actualmente por el servicio de mediateca del Consejo Superior de Investigaciones Científicas y accesibles en una versión digital a través del portal htpps://www.cienciatk.csic.es. En segundo lugar, serán igualmente cruciales las fuentes bibliográficas primarias, en particular la *Revista Española de Oncología*, fundada en 1952 y

órgano de expresión del Instituto Nacional del Cáncer, posteriormente Instituto Nacional de Oncología, y revista de la que Valladares acabó siendo jefe de redacción (8). Asimismo, la información contenida en estos materiales primarios y sus múltiples resonancias serán abordados atendiendo a la bibliografía crítica pertinente en cada caso.

En cuanto a la metodología del estudio que aquí se presenta, se trata de una investigación mixta e interdisciplinar. Primeramente, se realizará un análisis descriptivo del material cinematográfico objeto de estudio, atendiendo a los aspectos técnicos y estéticos de la microcinematografía en el marco de la investigación histórica del cine médico (9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16). Seguidamente, pretendemos reconstruir la trayectoria de los filmes analizados, su contexto de producción y exhibición, y su potencial influencia atendiendo a su permanencia en el circuito de cine científico de finales de la década de 1970 hasta los primeros años de 1980 (17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24). Finalmente, el estudio de los materiales bibliográficos primarios relacionados con las cintas analizadas nos permitirá contextualizar el impacto y la importancia de estos, particularmente relevante en un momento de transformación de la oncología tanto a nivel nacional como internacional.

Con ello, además de la recuperación de estos materiales de cine científico español, queremos poner de relieve su importancia en el desarrollo de la investigación oncológica en nuestro país. En este sentido, esta investigación supone un hito relevante en la construcción de una historia del cine médico sobre el cáncer, tanto a nivel nacional como internacional, dado que arroja luz sobre un material escasamente analizado. En consecuencia, dicho análisis nos va a permitir atisbar nuevos desarrollos en la construcción de una historia cultural del cáncer y sus representaciones, en un caso particular donde la imagen científica es clave en el proceso de investigación, comunicación y formación de los nuevos profesionales de la oncología. Finalmente, podemos concluir afirmando que estas películas, junto con otros materiales e investigaciones, fueron instrumentales en la futura consolidación de la investigación oncológica y la emergencia de la oncología médica en España (25, 26).

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Esta investigación es parte del proyecto de I+D+i PID2023-149510NB-I00 financiado por MICIU/AEI /10.13039/501100011033 y FEDER, UE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Valladares, Ysidro (1976), Estado actual de los conocimientos sobre la etiología y la patogenia del cáncer, Arbor, 95(371), 7-46.

2. Valladares, Ysidro (2007), Historia natural del cáncer. Causas, procesos y manifestaciones. Tomo I, Madrid, Editorial Rescate.

3. Álvarez Rodríguez, Ysmael (1996), El cine científico. En: Medina, Pedro; González, Luis Mariano; Martín Velázquez, José, eds. Historia del cortometraje español, Alcalá de Henares, Festival de Cine de Alcalá de Henares, pp. 487–512.

4. Álvarez Rodríguez, Ysmael, Valladares Rodríguez, Miguel Ángel (1991), Inicis del cinema científic a Espanya. En: Universitat de Barcelona. Divisió III de Ciències Experimentals i Matemàtiques, ed. Primera Mostra de Cinema i Vídeo Científics: apunts sobre la història del cinema científic, Barcelona, Universitat de Barcelona, pp. 15-17.

5. Álvarez Rodríguez, Ysmael; Álvarez-Noves, Josefa; Valladares, Ysidro (1979), Acitivity of Specificic Antibodies against Ehrlich Ascites Cancer Cells, Revista Española de Oncología, 26, 485-512.

6. Daston, Lorraine; Lunbeck, Elizabeth (2011), Histories of scientific observation, Chicago, University of Chicago Press.

7. Gouyon, Jean-Baptiste (2016), Scientists can't do science alone, they need publics, Public Understanding of Science, 25(6), 754–757. https://doi.org/10.1177/0963662516650361

8. Valladares, Ysidro (1984), Quince años de investigación oncológica en el departamento de Biología y Bioquímica del cáncer, Revista Española de Oncología, 31, 539-548.

9. Michaelis, Anthony R. (1955), Research Films in Biology, Anthropology, Psychology, and Medicine, Nueva York, Academic Press.

10. Zúñiga, Guillermo F. (1984), El cine, auxiliar de la investigación científica, Arbor, 118(463), 339.

11. Landecker, Hannah (2006), Microcinematography and the History of Science and Film, Isis, 97, 121-132.

12. Wellmann, Janina (2011), Science and cinema. Science in Context, 24, 311-328. https://doi.org/10.1017/S0269889711000135

13. Valladares, Ysidro (2011), Zúñiga y el cine científico internacional. En: Ortega, María Luisa, ed. Guillermo Zúñiga: La vocación por el cine y la ciencia, Madrid, Universidad Nacional de Educación a Distancia, pp. 159-182.

14. De Pastre, Béatrice; Lefebvre, Thierry (2012), Filmer la science, comprendre la vie. Le cinéma de Jean Comandon, París, CNC.

15. Curtis, Scott (2013), Science lessons, Film History, 25(1-2), 45-54. https://doi.org/10.2979/filmhistory.25.1-2.45

16. Stramer, Brian M., Dunn, Graham. A. (2015), Cells on film–the past and future of cinemicroscopy, Journal of Cell Science, 128(1), 9-13.

17. VV. AA (1975), 29th Congress and Festival of the International Scientific Film Association, Eindhoven, International Scientific Film Association/Association International du Cinéma Scientifique.

18. VV. AA. (1976a), Informe. Extracto del informe de la delegación española al XXX Congreso de la Asociación Internacional de Cine Científico celebrado en Philadelphia (PA.) Estados Unidos, Revista Española de Oncología, 23, 365-372.

19. VV. AA. (1976b), XXXth Congress and Festival International Scientific Film Association. SCI/COM '76: Program Booklet. Schedule & General Information, Philadelphia, American Science Film Association.

20. VV. AA. (1976c), Catálogo VI Semana de Cine Médico (1976), del 25 al 31 de enero, 1976, Motril (Granada), Semana de Cine Médico.

21. VV. AA. (1978), Catálogo VIII Semana Internacional de Cine Médico (1978), del Del 7 al 13 de mayo, 1978, Motril (Granada), Semana de Cine Médico.

22. VV. AA. (1979), Catálogo IX Semana Internacional de Cine Médico (1979), del 18 al 24 de febrero, 1979, Motril (Granada), Semana de Cine Médico.

23. VV. AA. (1980), Catálogo X Semana Internacional de Cine Médico (1980), Del 17 al 23 de febrero, 1980, Motril (Granada), Semana de Cine Médico.

24. Instituto de Cooperación Iberoamericana. Dirección de Cooperación Científico-Técnica (1983), Inventario de cine y video sobre ciencia y tecnología (Colección técnica AHCIET-ICI), Madrid, Instituto de Cooperación Iberoamericana.

25. Comisión de las Sociedades Oncológicas para la Planificación Oncológica en España (1988), Libro blanco de la oncología en España: informe para la planificación global de la oncología, Barcelona, Editorial Jims.

26. Valladares Ysidro, Álvarez Ysmael (1994), La investigación oncológica. En: Libro Blanco de la Oncología en España, 2º edición, FESEO, Madrid, pp. 219-246.

12.

SOCIEDAD CIVIL Y CONSTRUCCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA

COORDINADOR

Rafael Huertas
Instituto de Historia, CSIC
rafael.huertas@cchs.csic.es

PRESENTACIÓN

En el momento actual asistimos a un intenso debate, que trasciende los ámbitos estrictamente profesionales de la psiquiatría y de la psicología clínica, sobre la manera de entender y abordar el sufrimiento psíquico. Frente a la posición, hoy hegemónica, de una psiquiatría biológica que se centra en el diagnóstico de las "enfermedades" mentales y en la supresión de sus síntomas de manera individual, se erigen cada vez con más fuerza otras formas de pensar la locura que buscan el sentido de sus síntomas en la subjetividad de la persona, en su propia historia y en su contexto. Se propugna, desde estas posiciones, que la salud mental debe reconstruirse desde la propia ciudadanía, desde la diversidad intersubjetiva y desde la complejidad de la vida en comunidad, en la que el malestar y el conflicto se sitúan como elementos inherentes a la misma. Una salud mental "colectiva" en la que es necesario "cohabitar la diferencia" (1). Partiendo de esta noción de salud colectiva, entendida como "conjunto articulado de prácticas científicas, culturales, ideológicas, políticas y económicas que se desarrollan en el ámbito de la academia, de las instituciones de salud, de las organizaciones de la sociedad civil en relación con la salud" (2), esta mesa se propone reflexionar sobre el papel que esas organizaciones de la sociedad civil han podido tener en la construcción de esa salud (mental) colectiva.

Como en su momento explicara Jürgen Habermas (3), dicha sociedad civil tiene un componente estructural, formado por instituciones que definen y defienden derechos individuales, políticos y sociales de los ciudadanos, y que pueden ir desde fundaciones, asociaciones, ONGs y sindicatos hasta organizaciones religiosas; y un componente dinámico (transformador), que remitiría a un conjunto de movimientos sociales que plantean nuevos valores y principios, nuevas demandas sociales y reclaman la ampliación de derechos no consolidados o en peligro de perderse. Los movimientos feministas, ecologista, pacifista, LGTBIQ+, etc. podrían agruparse en este concepto, pero también determinadas plataformas reivindicativas como Stop-Desahucios, vivienda digna, defensa de la sanidad pública, las "mareas", etc., a las que habría que añadir los grupos y organizaciones relacionados con el activismo en salud.

Algunos autores han diferenciado entre el activismo de organizaciones individuales (asociaciones de afectados, de pacientes, de familiares, etc.), en tanto que protagonizan acciones o protestas aisladas y con una identidad muy concreta, y los denominados movimientos sociales en salud (*health social movements*), que implican activismo a gran escala y a largo plazo. Así, los movimientos sociales de salud pueden entenderse como desafíos colectivos a la política sanitaria (provisión de servicios, infraestructuras, salud pública y calidad ambiental, etc.), pero también al sistema de creencias y a las actitudes sociales y culturales hacia determinadas enfermedades o problemas de salud (4). Estos desafíos colectivos implican, al igual que en otros movimientos sociales, la formación de organizaciones formales o informales, de redes de cooperación, y la existencia de activistas y simpatizantes, con creencias compartidas y espíritu solidario, capaces de llevar a cabo acciones colectivas centradas en conflictos y en el uso de la protesta (5).

Aunque este tipo de dinámicas han sido analizadas a propósito de enfermedades concretas o, incluso, de situaciones de salud más amplias (salud reproductiva de las mujeres y movimiento feminista, salud laboral y medioambiental, etc.), la mesa temática que se propone pretende poner el foco en la salud mental. Se trataría, con este marco teórico, de explorar el papel que esa sociedad civil ha podido desempeñar en el ámbito de la salud mental en la España del siglo XX y XXI a través de una serie de estudios de caso que nos pueden ayudar a tipificar colectivos (asociaciones, grupos de apoyo mutuo, plataformas reivindicativas, etc.), y estrategias (de negociación, de resistencia, etc.) relacionadas con la construcción de la salud mental desde una perspectiva ciudadana.

Asimismo, esta mesa tiene una clara voluntad de diálogo interdisciplinar en el que historiadores, antropólogos y psiquiatras se proponen debatir sobre los aspectos apuntados de modo que podamos valorar de qué manera las investigaciones históricas pueden ofrecer elementos de reflexión para entender problemáticas actuales y, viceversa, cómo las inquietudes y las contradicciones del presente pueden inspirar la búsqueda de determinadas fuentes históricas y nuevas preguntas de investigación.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Esta mesa se ha desarrollado en el marco del Proyecto I+D+i PID2023-151059NB-I00, financiado por MICIU/AEI/10.13039/ 501100011033 y por "FEDER. Una manera de hacer Europa."

BIBLIOGRAFÍA

1. Desviat, Manuel (2020), Cohabitar la diferencia. Salud mental en lo común. Madrid, Síntesis.

2. Carvalho SR. Saúde coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. San Paulo: Hucitec, 2005.

3. Habermas J. Facticidad y validez. Sobre el derecho y el Estado democrático de derecho en términos de teoría del discurso. Madrid: Trotta, 2008.

4. Brown, P., Zavestoski, S., McCormick, S., Mayer, B., Morello-Frosch, R., Altman, R., 2004. Embodied health movements: New approaches to social movements in health. Sociology of Health & Illness. 26, 50–80.

5. Della Porta, D., Diani, M., 1999. Social movements: An introduction. Blackwell, Malden, MA.

Los albores de la organización social en España para la defensa de las personas con discapacidad: la Agrupación de padres y protectores de anormales mentales y enfermos mentales (1932-1939)

Ana Conseglieri
Psiquiatra CSM, UGCPSM, Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, Madrid
anaconseglieri@hotmail.com

&

Ruth Candela
Psiquiatra CSM, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid
ruthcandela79@gmail.com

Tras la crisis del 98, se abrió en España un periodo de renovación científica y pedagógica que impulsó transformaciones en la psiquiatría, con la creación de la Asociación Española de Neuropsiquiatras y la Liga de Higiene Mental (1), y en la educación, gracias al movimiento de la Escuela Nueva (2). Además, el creciente proceso de escolarización obligatoria iniciado con la Ley Moyano (1857), visibilizó un grupo de menores que no se ajustaban a las exigencias del sistema escolar.

Higienistas, psiquiatras y pedagogos promovieron la construcción de un campo de conocimiento en torno a la “infancia anormal” que justificó la creación de instituciones como el Patronato Nacional de Sordomudos, Ciegos y Anormales (1910) y la Escuela Central de Anormales (ECA) (1925) (3). En paralelo, la conciencia de clase burguesa y obrera (4) junto al marco jurídico proporcionado por la Ley de Asociaciones de 1887 (5), propiciaron el nacimiento de movimientos sociales por parte de minorías precarizadas (6).

Aunque algunos estudios han analizado el origen de distintos movimientos asociativos, (7-8) está por investigar el papel de la Agrupación Española de Padres y Protectores de Anormales Mentales y Enfermos Mentales, una de las primeras iniciativas civiles en defensa de los derechos de personas con discapacidad, cuyo análisis permite ampliar el estudio de la consolidación de la psiquiatría y pedagogía incorporando la perspectiva de los colectivos afectados.

El objetivo de este estudio de caso es explorar las características que impactaron en el surgimiento de la Agrupación como primer movimiento asociativo de familias de estos colectivos conocido hasta la fecha. Nos proponemos estudiar sus propósitos, las acciones realizadas, los agentes sociales implicados y las diferentes relaciones e instrumentos de legitimación social y científica.

Para ello se han utilizado, además de bibliografía secundaria, fuentes originales del Archivo Central del Ministerio de Educación con información administrativa, clínica y pedagógica, así como aquellas procedentes de la prensa de la época por su valor para conocer las prácticas médico-pedagógicas y su repercusión en los escenarios sociales (9). La aproximación a dichas fuentes, así como su estudio e interpretación se lleva a cabo desde los presupuestos de la nueva historia institucional en diálogo con la historia social y cultural (10).

La Agrupación nació en 1932, en el contexto reformista de la II República (11), utilizó medios como la radio y la prensa para darse a conocer y organizar su asamblea fundacional en la ECA donde se aprobó su reglamento y se eligió la junta directiva. Constituida, sus propósitos se articularon en torno a cuatro ejes: 1) promover la constitución de instituciones para la atención de los menores “anormales” y consultorios psiquiátricos para la prevención de los enfermos mentales; 2) prestar apoyo a organismos como la Liga y el Consejo Superior Psiquiátrico; 3) difundir información y concienciación social a través de conferencias y 4) promover apoyo a afectados (12).

Aunque la Agrupación nació con un carácter científico y laico, lo que la diferencia de otros movimientos asistenciales benéficos previos, seguía impregnada del modelo asistencial hegemónico caritativo, paternalista y moralizador (12).

Desde sus inicios, la emergente iniciativa civil presidida por Casimiro Cabo recibió apoyo institucional, como se evidenció en su primer aniversario, celebrado en el madrileño Teatro María Guerrero con el respaldo del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes y figuras como José Germain y César Juarros (13).

Desde su fundación, la Agrupación impulsó actividades de sensibilización, como la conferencia impartida en 1933 por María Soriano, directora de la ECA, sobre “Protección al niño anormal. Leyes e instituciones” (14). A partir de entonces se organizaron ciclos de conferencias presenciales y radiofónicas para “educar” en temas de “anormalidad” impartidas por profesionales, como Antonio Vallejo Nájera, que ocupaban cargos oficiales en la administración además de en instituciones escolares y manicomios (15).

Los temas abordados en estos ciclos de conferencias abarcaron cuestiones sobre la “anormalidad”, las reformas asistenciales y sus propias actividades (16) trascendiendo incluso la disciplina médica y pedagógica para atravesar temas culturales y políticos. Entre las actividades propagandísticas, destaca la organización de una exposición benéfica de obras pictóricas de los internos de distintos manicomios en el Ateneo de Madrid (17), que podría desvelar un interés por el valor estético y expresivo de las producciones de los enfermos mentales, más allá de su valor clínico (18).

La Agrupación también utilizó la prensa como vehículo transmisor de reivindicaciones y, de hecho, dirigió un escrito al presidente de la República denunciando la falta de atención médico-pedagógica, el reducido tamaño de la ECA (19) y solicitó un internado para solventar esta problemática, críticas que contrastan con la opinión vertida por parte de la prensa nacional dando cuenta

del papel de este centro escolar en la educación de los menores "anormales" (20). Además de instituciones para menores, las familias denunciaron ante la Diputación el lamentable estado de las hacinadas salas de observación del hospital provincial y las condiciones de sus traslados a los manicomios (21), sumándose a reivindicaciones previas (22). Las condiciones manicomiales existentes, la necesidad de construcción de un nuevo manicomio, la escasez de agua y habitabilidad para los internos del Manicomio de Santa Isabel de Leganés (23) fueron algunas de sus reivindicaciones más activas.

Por último, la Agrupación se propuso auxiliar a los "anormales" y enfermos mentales abandonados por las carencias de la administración. Se abrió un consultorio médico psiquiátrico gratuito en junio de 1936, probablemente interrumpido por la Guerra Civil (24). De hecho, una vez establecida la contienda, desaparecen las alusiones a esta asociación, y tan sólo es mencionada por su labor en las evacuaciones de menores "anormales" de Madrid a Valencia (25).

Consideramos que la Agrupación puede calificarse como el primer movimiento organizado y estructurado de familias que permitió la transición de la problematización de la discapacidad del plano individual al social y promovió que la voz de las familias tuviera un papel en la política pública. Desde una perspectiva laica, paternalista y moralizadora, se sirvió de la colaboración con profesionales y estrategias de difusión, ideológicas y propósitos que se situaban en el discurso hegemónico oficial. No obstante, se observa la emergencia de algunas divergencias con las estructuras oficiales en lo relativo al estado de la asistencia de los menores anormales y enfermos mentales, así como tímidas iniciativas de poner en valor la perspectiva del paciente a través de sus producciones pictográficas.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Este capítulo es parte del proyecto I+D+i PID2023-151059NB-I00, financiado por MICIU/AEI/10.13039/ 501100011033 y por "FEDER. Una manera de hacer Europa."

BIBLIOGRAFÍA

1. Campos, Ricardo; Huertas, Rafael (1998), Estado y asistencia psiquiátrica en España durante el primer tercio del siglo XX, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 18 (65), 99–108.

2. Esteban Frades, Santiago (2016), La renovación pedagógica en España: un movimiento social más allá del didactismo, Tendencias Pedagógicas, (27), 259-284.

3. Del Cura González, Mercedes (2011), Medicina y pedagogía: la construcción de la categoría infancia anormal en España (1900-1939). Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).

4. Jover Zamora, José María (2000), Conciencia burguesa y conciencia obrera en la España contemporánea. En: Jesús Izquierdo Martín y Pablo Sánchez León, Clásicos de historia social de España: una selección crítica. UNED, Fundación Instituto Historia Social, pp. 219-258.

5. Gaceta de Madrid (1887), Ley reglamentando el derecho a la asociación. Del 12 de julio de 1887, nº 193, pp.105-106.

6. Calle Velasco, María Dolores; Redero San Román, Manuel (2008), Movimientos sociales en la España del siglo XX. Universidad de Salamanca.

7. Sanfeliu, Luz (2015), La enseñanza de lo público, El asociacionismo feminista progresista durante la II República, Historia Social, 82, 149-66.

8. Atenza Fernández, Juan; Mirón González, Rubén; Díaz Díaz, Benito (2021), La Agrupación Profesional de Médicos Liberales: la respuesta progresista del asociacionismo médico español (1935-1939), Dynamis, 41(1), 187-209.

9. Millard, Chris; Wallis, Jennifer (editors) (2022), Sources in the History of Psychiatry, from 1800 to the Present. 1st ed. Abingdon: Taylor & Francis.

10. Huertas, Rafael (2025), En torno a la historiografía psiquiátrica del siglo XXI. Balance y perspectivas. Tzintzun. Revista de Estudios Históricos, (81), 19-45.

11. Campos Marín, Ricardo (1995), Higiene mental y reforma de la asistencia psiquiátrica en España (1900-1931), Documentos de psiquiatría comunitaria, 7, 199-217.

12. Agrupación Española de Padres y Protectores de Anormales Mentales y Enfermos Mentales, por Casimiro Cabo. El Siglo Futuro, 2 de diciembre de 1933, p. 4.

13. Una fiesta en el Teatro María Guerrero. El Liberal, 15 de diciembre de 1933, p. 11.

14. Agrupación Española de Padres y Protectores de Anormales Mentales y Enfermos Mentales. Luz, 22 de febrero de 1933, p.13.

15. Segundo ciclo de conferencias de la Agrupación Española de Padres y Protectores de Anormales Mentales y Enfermos Mentales. La Libertad, 5 de diciembre de 1935, p. 2.

16. Pereira, Francisco (1935), En la Agrupación Española de padres y protectores de anormales mentales y enfermos mentales. Motivaciones y finalidades de la agrupación, La Infancia Anormal, junio (4.ª época), 7-22.

17. Obras de enfermos mentales. Época, 25 de diciembre de 1935, p. 2

18. Trujillo Arrogante, Pedro (2025), El dibujo como testimonio. Aproximación a un caso del doctor Lafora en el Hospital Provincial de Madrid, Norte de salud mental, (20) 73, 81-88.

19. Archivo Central del Ministerio de Educación y Formación Profesional. Caja 77359. [Documento inédito].

20. Candela, Ruth; Conseglieri, Ana (2025), La Escuela Central de Anormales durante su primera década de funcionamiento: una panorámica a través de la prensa, Norte de salud mental, 20(73), 21-33.

21. La Agrupación de padres y protectores de anormales se dirige al presidente de la Diputación. El Heraldo de Madrid, 14 de agosto de 1933, p. 5.

22. Villasante, Olga (2010), Los viajes de los “dementes” del Provincial de Madrid durante la Guerra Civil (1936-1939), Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 30 (108), 613-635.

23. En el Manicomio de Leganés. Un caso de verdadera vergüenza. Luz (Madrid), 28 de julio de 1934, p. 3.

24. Agrupación Española de Padres y Protectores de Anormales Mentales y Enfermos Mentales. El Sol, 13 de junio de 1936, p. 5.

25. Agrupación Española de Padres, Familiares y Protectores de Anormales Mentales. La Libertad, 12 de mayo de 1938, p. 2.

Discapacidad intelectual y movimiento asociativo: contradicciones, desafíos y resistencias durante el tardofranquismo y la Transición española

Mercedes del Cura
Facultad de Medicina de Albacete-Instituto de Biomedicina.
Universidad de Castilla-La Mancha
Mercedes.DelCura@uclm.es

Durante las primeras décadas del franquismo, la mayoría de las personas con discapacidad intelectual y sus familias se encontraban afectadas por procesos de exclusión y discriminación. Como ocurría en muchos otros países, los prejuicios y estereotipos que rodeaban a estas personas limitaban sus posibilidades de participar en la comunidad y naturalizaban su falta de derechos (1). Esta imagen devaluada iba asociada, además, a procesos de ocultamiento e invisibilización. La falta de alternativas, el rechazo social y el aislamiento familiar llevaban a muchas familias a mantener a sus hijos en casa o a ingresarlos en instituciones psiquiátricas benéficas, donde no recibían atención especializada (2).

Las escasas medidas destinas a este colectivo que adoptó el régimen en esos años no sirvieron para modificar esta situación. Las familias continuaban enfrentándose a obstáculos insuperables para acceder a tratamientos o educación adecuada y, además, se sentían discriminadas, ya que la mayoría de las iniciativas gubernamentales estaban orientadas hacia la discapacidad física y sensorial (3). Este hecho las empujó a organizarse, a finales de los años cincuenta, con objeto de dar más visibilidad a sus problemas y dotar de fuerza a sus demandas. Su referente era el movimiento asociativo familiar que había crecido en el contexto internacional durante los años cuarenta y cincuenta (4). El contacto con las experiencias de algunas de estas agrupaciones contribuyó a legitimar sus demandas y les inspiró para fundar sus propias asociaciones. La primera se organizó en Valencia en 1959 y su número fue creciendo a lo largo de la década de los sesenta.

A pesar de sus limitaciones (baja afiliación, falta de formación y reducida capacidad de reivindicación en el contexto de la dictadura), las asociaciones lograron mejorar, con su actividad, la situación del colectivo durante el segundo franquismo. Sin embargo, el carácter paternalista, discrecional, compensatorio y, a menudo, “graciable”, de las medidas implementadas por el gobierno hizo que la realidad del colectivo cambiase mucho menos de lo que esperaban las familias (2). Esta circunstancia hizo que en los años setenta creciese el nivel de contestación del colectivo.

Partiendo del análisis de textos especializados, publicaciones e informes de las asociaciones y prensa diaria y periódica, esta comunicación pretende mostrar los problemas a los que hicieron frente estas asociaciones, sus contradicciones y los actos de resistencia que protagonizaron durante el tardofranquismo y la transición.

VOCES CRÍTICAS EN EL TARDOFRANQUISMO

A principios de los setenta la desigualdad en el acceso a los servicios seguía siendo enorme. Solo el 15% de los afectados (estimados en unos 320.000) recibía algún tipo de atención extrafamiliar. La población más protegida eran los menores de 6 a 14 años con un nivel moderado de discapacidad, pero las otras edades y niveles de discapacidad estaban desatendidos. La situación empeoraba para los habitantes del ámbito rural y para las mujeres (condicionadas por los roles de género y las menores expectativas sociales que los acompañaban). Además, las ayudas públicas eran limitadas y muy restrictivas y no cubrían el coste real de los cuidados. Estas circunstancias alimentaban la alternativa manicomial: en ese momento al menos 11.000 personas seguían internadas en centros psiquiátricos [24% de las plazas del país] (5).

Ante la inoperancia del régimen y el “fracaso” de las asociaciones en los últimos años de la dictadura surgieron voces críticas que planteaban la necesidad de renovarse y de redefinir su discurso. Debían volver al inconformismo de los primeros años, transformarse en grupos de presión y mantener una postura crítica frente a la sociedad y, sobre todo, frente a un Estado que había sido incapaz de desarrollar una política social consistente, realista y efectiva (6, 7). Era fundamental, como ya hacía el movimiento internacional, politizar el problema y luchar para dejar atrás la fase de la caridad (8). El replanteamiento de su activismo debía acompañarse, además, de un cambio en la imagen social de las asociaciones: acabar con la “infantilización” del problema dando visibilidad a los adultos; renunciar al término “subnormales”, por su connotación despectiva y excluyente; y abandonar los métodos benéficos tradicionales para la obtención de fondos (cuestaciones, socios benefactores o festivales).

REIVINDICACIONES EN LA TRANSICIÓN

Con la llegada de la democracia aumentaron las expectativas de las asociaciones y también su impaciencia. El balance negativo de las políticas franquistas era puesto en evidencia en un número monográfico publicado por la revista *Siglo Cero* en 1976. Solo una cuarta parte de las personas que precisaban apoyo tenía cubiertas sus necesidades y más de la mitad de las plazas existentes dependía de la protección privada. Las desigualdades rurales y regionales persistían y el grupo más protegido seguían siendo los menores en edad escolar. Sólo un 16,5% de las personas mayores de 18 años accedía a estos centros y los niños pequeños, los ancianos y las personas con discapacidad severa estaban prácticamente desatendidas (9).

Aprovechando el nuevo contexto de libertad las asociaciones incrementaron su nivel de reivindicación, convencidas de que los problemas del colectivo solo podían

resolverse exigiendo a los partidos políticos un compromiso claro con las personas con discapacidad intelectual (10). Empezaron a considerar, además, la posibilidad de recurrir a mecanismos de protesta que estaban utilizando otros movimientos sociales, como el de la discapacidad física o el vecinal (en el que encontraron un importante aliado). La primera manifestación pacífica *pro subnormales* del país, era organizada por la asociación ASPANIDE en Santa Coloma de Gramanet, con el apoyo del movimiento vecinal y la asamblea democrática local (11). Aprovechando esta convocatoria la Agrupación Provincial Pro Subnormales de Barcelona ponía en marcha una recogida de firmas destinadas a acompañar un escrito que iban a dirigir al Rey. El tono del escrito, entregado en noviembre con el aval de 100.000 firmas, mostraba la decepción y el hartazgo del colectivo: «Estamos cansados de esperar, de palabras, de normas ineficaces, de estudios que no aportan nada nuevo; en fin, cansados de recibir muchas promesas y muy pocas realidades. No deseamos piedad no pedimos caridad. Pedimos igualdad de oportunidades, queremos justicia, deseamos actuaciones concretas por parte de la Administración» (12, s.p.).

Sus reivindicaciones fueron incorporadas en un manifiesto elaborado por especialistas y asociaciones del ámbito de la discapacidad y la salud mental que se hacía público en junio de 1977, unos días antes de las elecciones. La aparición del texto, titulado *Subnormales, minusválidos y enfermos psíquicos. Documento por una alternativa democrática* (13), hizo que los partidos incluyeran los problemas de estos colectivos en los actos electorales, generando unas expectativas entre las asociaciones que pronto se vieron frustradas.

Al firmarse los Pactos de la Moncloa en octubre de 1978 no se tuvo en cuenta al sector de la discapacidad. Esto hizo crecer la desconfianza hacia los representantes políticos y empujó a las asociaciones a incrementar el nivel de movilización. Además de organizar nuevas manifestaciones, el presidente de la FEAPS dirigía ese mismo mes una carta de protesta al presidente Adolfo Suarez donde ponía de relieve la inutilidad de proyectar mejoras sin ofrecer una financiación real (14). Meses más tarde y ante la inacción del gobierno, la Federación acordaba enviar un nuevo documento, en un tono aún más crítico, al conjunto de aparatos del Estado y hacía un llamamiento a las propias asociaciones: había llegado el momento de trascender la retórica y el pataleo, de sumar a las palabras los hechos (15).

La existencia de un objetivo común claro no impidió que surgieran discrepancias internas. Hubo desacuerdos sobre la conveniencia de politizar o, incluso, adoptar una postura ideológica; sobre la legitimidad de la representación de las asociaciones oficiales (algunas personas las calificaban de antidemocráticas, paternalistas y parte del sistema de marginación que criticaban); sobre la vía más adecuada para canalizar las demandas del grupo o sobre el grado de radicalización que debía alcanzarse.

EPÍLOGO

En este contexto de reivindicaciones, antes de acabar 1977 el gobierno decidía crear una comisión especial destinada a estudiar la situación del sector y a recabar sus reivindicaciones de cara a la elaboración de una futura ley. Entre los documentos que elaboraron las asociaciones para facilitar su labor destacó el de ASPANIAS. En él se pedía una ley que impulsara los principios de normalización e integración; que hiciera una planificación descentralizada y sectorizada de los recursos; y que incluyera a los afectados a la hora de diseñar las políticas que les concernían (16). La *Ley de integración social del minusválido* (LISMI) se promulgaba en 1982 despertando sentimientos encontrados entre el colectivo. Por un lado, contradecía el principio de igualdad de la ciudadanía (al establecer una discriminación positiva) y tenía importantes limitaciones, como su enfoque rehabilitador, la falta de compromiso económico y la perspectiva centralizada. Por otro, suponía el reconocimiento de derechos subjetivos para las personas afectadas e introducía principios fundamentales de cara al desarrollo de las futuras políticas públicas de la discapacidad.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Esta publicación es parte del proyecto I+D+i PID2023-151059NB-I00, financiado por MICIU/AEI/10.13039/ 501100011033 y por “FEDER. Una manera de hacer Europa.”

BIBLIOGRAFÍA

1. Nario-Redmond, M. R. (2020), *Ableism: The causes and consequences of disability prejudice*, Wiley-Blackwell.

2. Del Cura, Mercedes; Martínez-Pérez, José (2016), From resignation to non-conformism: association movement, family and intellectual disability in Franco’s Spain (1957-1975), Asclepio, 68(2), 149, http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2016.21

3. Del Cura, Mercedes; Cayuela, Sánchez (2020), De la caridad a los derechos: la discapacidad en el franquismo y la transición democrática. En: González, Damián; Ortiz, Manuel, eds., El estado de bienestar entre el franquismo y la transición, Silex, 259-287.

4. Dybwad, Rosemary (1990), Perspectives on a parent movement: the revolt of parents of children with intellectual limitations, Brookline Books.

5. Cebolla, Fermín (1972), Los subnormales en España, Triunfo, 517, 22-26

6. Azúa, Paulino (1972), Volver al inconformismo, Voces de la FEAPS, 25.

7. Bittini, E. (1973), Nuestra problemática: una necesaria reforma de nuestras asociaciones, Afanias, 2, 20-25.

8. Herr, Stanley (1977), Rights into action: protecting human rights of the mentally handicapped, Catholic University Law Review, 26 (2), 201-318.

9. El subnormal en España. Datos para un problema (1976), *Siglo Cero*, 44 [monográfico].

10. Fierro, Alfredo (1976), Por qué no podemos esperar, Voces de la FEAPS, 60.

11. ASPANIDE (1976), Manifestación política pro subnormales, Voces de la FEAPS, 63.

12. APPS (1976), Un escrito al Rey. Cansados de esperar, Voces de la FEAPS, 63.

13. Documento político sobre la marginación social. Por una alternativa democrática (1977), Documentación Social, 28, 243-251.

14. Contra el pacto económico (1977), Voces de la FEAPS, 79.

15. Editorial: algo más que pataleo (1978), Voces de la FEAPS, 85.

16. Materiales para una legislación (1978), Siglo Cero, 55, [monográfico].

De pacientes mentales a psiquiatrizados en lucha. La politización de la experiencia de la "locura" en la Transición española (1976-1985)

Ricardo Campos
Instituto de Historia, CSIC
ricardo.campos@cchs.csic.es

INTRODUCCIÓN

La historiografía sobre la psiquiatría española de la década de 1970 se ha centrado en el análisis de las "luchas psiquiátricas" contra la dictadura, en las reivindicaciones de los profesionales de la salud mental y en las propuestas y desarrollo de la reforma psiquiátrica. Apenas se ha prestado atención a los "pacientes mentales" como sujetos activos, críticos y políticos, ni a los movimientos que aquellos más concienciados impulsaron. Esta comunicación pretende contribuir al estudio de la creación del Colectivo de Psiquiatrizados en Lucha, una de las primeras organizaciones de "pacientes mentales" surgidas en España durante la transición española. Las fuentes utilizadas para la realización de este trabajo son los escasos documentos producidos de manera directa o indirecta por el Colectivo y que fueron publicados en la prensa contracultural, anarquista y de izquierdas, así como en el libro colectivo Grupos marginados y peligrosidad social, promovido por la Coordinadora de Grupos Marginados de Madrid por la Abolición de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social.

LOS ORÍGENES DEL COLECTIVO DE PSIQUIATRIZADOS EN LUCHA

El Colectivo Psiquiatrizados en Lucha fue creado en Madrid entre abril y mayo de 1977 por la iniciativa de un grupo de "pacientes mentales" del hospital de día dirigido por Enrique González Duro (1, pp.184-185), ubicado en el complejo hospitalario Francisco Franco. Su origen fueron las jornadas "Alternativas a la asistencia Psiquiátrica" celebradas el 11 de marzo en el Colegio de Médicos de Madrid, en las intervinieron varios psiquiatras críticos y a las que asistió un grupo de "pacientes mentales" del hospital de día. Según el Colectivo, "la disparidad de metas y perspectivas entre médicos y locos", la decepción ante los discursos y debates de los psiquiatras participantes, excesivamente preocupados por las cuestiones políticas y "el olvido de los problemas que se le plantean al loco" y la negación de su voz, los llevó a fundar su propia organización. Su objetivo principal era "la necesidad perentoria y urgente de que la voz del loco se extienda al máximo en la sociedad" (2, pp. 60-61).

Su creación se inscribe en un contexto de luchas, de revuelta y radicalidad inserto en un "mar de proyectos y estructuras colectivas" que querían concebir la transición política como una verdadera transición ciudadana" (3).

En un plano más concreto, dos factores que influyeron en su creación: "las luchas psiquiátricas" y las protestas contra la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social (LPRS) de 1970. Las "luchas psiquiátricas" de los años setenta, impulsadas. por la Coordinadora Psiquiátrica Nacional, supusieron un cambio en el abordaje de la locura en el plano teórico y práctico. El movimiento, que cuestionaba el encierro manicomial y las condiciones de los internados, así como a la dictadura, desarrolló algunas experiencias asistenciales inspiradas en la psiquiatría democrática italiana y en la antipsiquiatría anglosajona (4), que como el de las Clínicas de Ibiza implantó las asambleas diarias con los pacientes, que bien pudieron ser el detonante de la toma de conciencia sobre su situación y un acicate para organizarse y sumarse a luchas colectivas con otras organizaciones.

Por otra parte, lo que vino en llamarse "antipsiquiatría" fue un hervidero de actos, debates y publicaciones que trascendió el campo psiquiátrico e impregnó el tejido cultural y social. Revistas como *Ajoblanco* y el *Viejo Topo* contribuyeron a crear una cierta conciencia colectiva sobre la problemática de la locura, inaugurando secciones de antipsiquiatría en sus páginas que, en el caso de Ajoblanco animaba a los locos a tomar la palabra y relatar sus experiencias (5). Estas iniciativas dieron algunos frutos, entre ellos la creación de un Colectivo de locos, posiblemente en Barcelona (6), que posteriormente se denominó Colectivo Crítico de la Salud Mental (7) y fue encabezado por el psiquiatra Ramón García (8, p,493).

En segundo lugar, durante la década de 1970 diversas organizaciones sociales reivindicaron la derogación de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social (LPRS) (9, 10). Las organizaciones de homosexuales y de presos sociales fueron de las más activas. Entre las primeras destacaron, en un primer momento, el Movimiento Español de Liberación Homosexual, y posteriormente el Frente Homosexual de Acción Revolucionaria (FHAR) y Mercurio (11). Por su parte, los presos sociales fundaron la Coordinadora de Presos En Lucha (COPEL) que, entre 1976-1978, tuvo una fuerte implantación en las prisiones españolas y llevó a cabo diversas acciones, entre ellas motines, duramente reprimidos (10). En este ambiente de protesta contra la LPRS se celebró en marzo de 1977 en la Facultad de Derecho de la UCM la "I Semana de Solidaridad con los Presos Comunes" organizada por la Asociación Cultura y Derecho. Un mes más tarde, se creó la Coordinadora de Grupos Marginados de Madrid por la Abolición de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social, formada por colectivos feministas, de homosexuales, de familiares de discapacitados mentales y por los comités de apoyo a COPEL, y en la que se integró el Colectivo de Psiquiatrizados en Lucha.

REIVINDICACIONES Y DEBATES DEL COLECTIVO PSIQUIATRIZADOS EN LUCHA

Conocedores de las luchas y las experiencias de "pacientes mentales" en otros lugares, Psiquiatrizados en Lucha reivindicaba el derecho de los locos a "dejar de ser objetos manipulados (…) por un profesional" y ser escuchados, "para

que nuestra voz, lo que queremos, tenemos y necesitamos decir, sea una parte integrante de nuestra asistencia, de nuestra vida como locos" (2, p. 60).

Sus principales preocupaciones eran el reconocimiento de sus derechos ciudadanos, el cese de la violencia psiquiátrica y social contra los locos y la asunción de la problemática de la locura por el conjunto de la sociedad.

Sus demandas se plasmaron en 19 puntos que pueden resumirse en demandas de transformación de la asistencia como la impugnación de la psiquiatría tradicional y sus métodos represivos en favor de la creación de centros "al servicio de las necesidades del paciente", el tratamiento psiquiátrico ambulatorio "localizado en el mismo marco social donde brotó la enfermedad", la participación en la gestión y administración de los centros asistenciales y la asunción por el estado del costo del tratamiento. Otro bloque de reivindicaciones se refería a los tratamientos. Así, exigían un trato horizontal con el psiquiatra que contemplase el derecho a la información "sobre todos los aspectos de su enfermedad", el derecho a rehusar tratamientos y la abolición de las categorías médicas de incurable o recuperables. Los aspectos jurídicos y de derechos civiles como "la revisión de la situación jurídica del loco en cuestiones civiles, familiares y patrimoniales", la abolición de la LPRS y el ejercicio de la libertad sexual, también estaban presentes. Por último, abogaban por la integración social del loco, reclamando su aceptación por la sociedad y la eliminación de las barreras entre locura y cordura (2, pp. 62-63).

Pese al breve recorrido del Colectivo, algunos de sus debates y proclamas fueron reproducidos, además de en el libro *Grupos Marginados* (2), en *Ajoblanco* (12), *Viejo Topo* (13)*, Ozono* (14) y *Saida* (15). En los debates, reflexionan principalmente sobre la vivencia subjetiva de la locura, subrayando las causas sociales de la misma y la marginación social como principal consecuencia. Los malos tratos, la pérdida de sus derechos y la deshumanización también estaban presentes. Sus reflexiones muestran un importante grado de elaboración y de conciencia social y política de su opresión y marginación que trasciende el plano individual.

REFLEXIONES FINALES

En el estado actual de la investigación podemos ofrecer algunas conclusiones provisionales y futuras líneas de trabajo.

El convulso contexto político y social de la década e 1970, lleno de iniciativas colectivas de transformación social posibilitó la creación del Colectivo de Psiquiatrizados en Lucha. Además, la difusión por parte de la psiquiatría crítica de una conciencia colectiva sobre los problemas relacionados con la locura, fue un factor que impulsó la creación del Colectivo. Cabe preguntarse hasta qué punto algunas de las experiencias terapéuticas puestas en marcha, como la del Hospital de día, influyeron en la toma de conciencia de su situación y en la decisión de organizarse y defender sus demandas. En este sentido, esperamos profundizar en el análisis de las relaciones entre los psiquiatras progresistas y los locos autoorganizados que, en una primera aproximación, parece que fueron complejas y no necesariamente convergentes. Por otra parte, desconocemos el

grado de conocimiento que tuvieron de experiencias similares en otros países, las vías de conexión con aquellas y su influencia en la creación y desarrollo de Psiquiatrizados en Lucha.

Por último, el Colectivo parece haber desaparecido tras la presentación de su segundo manifiesto en agosto de 1980. Entre los motivos que ocasionaron su breve recorrido, se pueden apuntar como hipótesis a cuestiones de carácter organizativo (escasez de activistas, de recursos, situación de inestabilidad de los integrantes), y de carácter social y político como la desmovilización general relacionada con el nuevo escenario político abierto con la instauración del régimen constitucional de 1978.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Este capítulo es parte del proyecto I+D+i PID2023-151059NB-I00, financiado por MICIU/AEI/10.13039/501100011033 y FEDER. “Una manera de hacer Europa”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Irisarri Vázquez, Fabiola (2017), Psiquiatría crítica en España en la década de los 70,. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.

2. Colectivo de Psiquiatrizados en Lucha (1977). En López Linaje, Javier, ed. Grupos Marginados y peligrosidad social, Campo Abierto Ediciones, Madrid, pp. 60-80.

3. Labrador Méndez, Germán (2017), Culpables por la literatura. Imaginación política y contracultura en la transición española (1968-1986), Madrid, Akal.

4. Huertas, Rafael (2017), Psiquiatría, antipsiquiatría y movilización social: la Coordinadora Psiquiátrica. En Huertas, Rafael, ed. Psiquiatría y antipsiquiatría en el segundo franquismo y la Transición (80-104) . Madrid. Los Libros de la Catarata.

5. Sección Antipsiquiatría, Ajoblanco, noviembre 1976, 16, 46-47.

6. Por un colectivo de locos, Ajoblanco. Abril 1977, 21, 47.

7. Colectivo para la Salud Mental, “Hacia la salud mental. Desmixtificación de la antipsiquiatría”, Ajoblanco, Junio 1978, 34, 56-57.

8. Galván, Valentín (2009), La recepción extraacadémica de Michel Foucault en la cultura de la Transición española: la antipsiquiatría y la Historia de la locura en los psiquiatras progresistas. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq, 29, (2),485-500.

9. Campos, Ricardo (2021), La sombra de la sospecha. Peligrosidad, psiquiatría y derecho penal en España (Siglos XIX-XX), Madrid, Los Libros de la Catarata.

10. Lorenzo Rubio, César (2013), Cárceles en llamas. El movimiento de presos sociales en la transición, Barcelona. Virus Editorial.

11. Huard Geoffroy (2020), Los gais durante el franquismo .Discursos, subculturas y reivindicaciones (1939-1977), Madrid-Barcelona, Egales.

12. Por un colectivo de locos, Ajoblanco. Abril 1977,21:47.

13. II Manifiesto del Colectivo de Psiquiatrizados en lucha, El Viejo Topo, Agosto 1980, 47, 72-73.

14. Psiquiatrizados en Lucha. Los manicomios crean locos, Ozono. Abril 1978, 31, 47-48.

15. Hablan los marginales. Colectivo de siquiatrizados en lucha, Saida, Agosto 1977, 3.

El Movimiento loco en Catalunya. Resistencias, tensiones y contra hegemonía

Sandra Anitua Jorge
Universitat Oberta de Catalunya - Institut Català d'Antropologia
sanitua@gmail.com

&

Martín Correa-Urquiza
Universitat Rovira i Virgili – Institut Català d'Antropologia
martin.correaurquizav@urv.cat

El ámbito de la salud mental ha ido adquiriendo relevancia en los últimos años con la consecuente activación y desarrollo de políticas públicas cuyo desafío es mantenerse atentas a la complejidad y multidimensionalidad del problema. No sólo a partir de la emergencia de nuevos padecimientos sociales y situaciones de sufrimiento que aquejan a un mayor número de personas, sino especialmente a partir de la necesidad de crear un campo de reflexión compartida y transdisciplinar que incluya la posibilidad del diálogo con los movimientos sociales y las personas afectadas. Tradicionalmente este ha sido un ámbito en el que los saberes expertos de las ciencias *psi* operan como conocimiento unidireccional que recae en forma de diagnóstico y sus prescripciones asociadas sobre quienes padecen (1,2). Sin embargo, últimamente se observa el re-surgimiento y politización de diferentes colectivos formados por personas psiquiatrizadas que reivindican la necesidad de actuar en el ámbito de la salud psíquica, articulando la experiencia vivida (3) –la vivencia de la aflicción– y el conocimiento situado como elemento motor en la construcción de la terapéutica y de los itinerarios para un mejor estar. En este sentido el crecimiento exponencial del denominado Movimiento Loco en Cataluña (4), puede entenderse como un intento de buscar aquellas respuestas que sus participantes no han encontrado en el sistema sanitario tradicional e iniciar procesos de emancipación y recuperación de agencia epistémica que puedan derivar a su vez en una recuperación de derechos de ciudadanía y apropiación de los procesos de recuperación. El objetivo de esta comunicación es analizar brevemente las demandas y cuestionamientos que vertebran su accionar.

METODOLOGÍA

Esta comunicación es resultado del proyecto de investigación "Hacia un archivo de la memoria histórica de las luchas y reivindicaciones sociales del movimiento loco" Fases 1 y 2 realizado durante 2022-24 desde el grupo de "Antropología de la locura y las aflicciones humanas" vinculado al Instituto Catalán de Antropología

en el que han participado los autores. Durante el proyecto se realizaron 30 entrevistas en profundidad y dos grupos focales junto a los principales referentes de las 13 entidades del territorio conformadas por personas psiquiatrizadas. La selección de los informantes se realizó a partir de un muestreo de bola nieve, vinculado a su vez con un trabajo etnográfico en entidades y colectivos del Movimiento de dos años de duración.

El proyecto se ha planteado desde una aproximación de investigación participativa. Se enmarca en la línea de los *mad studies* que busca generar espacios de reconocimiento y visibilización de las luchas sociales en este ámbito a partir de las aportaciones y reflexiones de las propias personas protagonistas, y problematizar la posibilidad de construir puentes y diálogos entre saberes expertos y los llamados saberes profanos (2) o derivados de la experiencia vivida en el ámbito de la salud mental.

RESULTADOS

En Catalunya el Movimiento no es lineal ni totalmente unificado; es un archipiélago que nuclea a diferentes asociaciones, colectivos y plataformas de activismo unidas por un reclamo común; la búsqueda de reconocimiento como interlocutores en la construcción de las estrategias de atención y cuidado en el campo de la salud mental. Concretamente existen hoy 13 asociaciones y/o colectivos y 1 federación cuyo accionar pasa por desarrollar una serie de espacios ligados a cuestiones específicas como los grupos de ayuda mutua, asambleas de reflexión entre iguales, campañas de sensibilización pro-derechos, potenciación de la figura del *peer to peer* en los sistemas sanitarios, campañas de lucha contra el estigma, contra las prácticas coercitivas en salud mental y las contenciones mecánicas. Al mismo tiempo producen en algunos casos, investigación y redacción de artículos científicos, realizan formaciones a profesionales y participan en el desarrollo y la articulación de las políticas de salud mental. Su actividad es constante a pesar de ser entidades atravesadas por situaciones de precariedad económica y dificultades estructurales en su funcionamiento, lo que lleva a que en ocasiones se produzcan entre ellas conflictos y desencuentros vinculados a cuestiones de visibilización o disputa de recursos. Sin embargo, a pesar de ello existe un eje común de trabajo que lleva a que en diferentes situaciones se articulen y organicen para aunar esfuerzos y activar las luchas (5).

En general, como decíamos anteriormente, las personas vinculadas al movimiento loco reclaman dejar de ser objetos de intervención de la psiquiatría para ser sujetos en el desarrollo de sus propios itinerarios. En particular el planteamiento se articula a partir de una serie de necesidades expresadas durante las entrevistas, elementos que se entrecruzan a partir de una realidad vivida pero que aquí, por cuestiones de análisis, distinguiremos separadamente:

No estar sólo. Sentirse acompañado: El proceso de psiquiatrización es percibido como un itinerario de medicalización e individualización del sufrimiento que deriva en instancias de aislamiento y de soledad vivida por las personas diagnosticadas.

Tomar conciencia de la opresión vivida: La intención es politizar el malestar. Activarse políticamente. El Movimiento se entiende como fraternidad epistémica para el desarrollo colectivo de una conciencia crítica con relación a las situaciones de violencia epistémica e injusticia epistémica vividas (6).

Rebelarse contra la imposición de un futuro irrevocable: El diagnóstico psiquiátrico es propuesto desde los saberes expertos y vivido desde las vidas y cuerpos sobre quienes recae como entidad crónica e inamovible. El movimiento entiende la "locura" más como acontecimiento que como estructura, es decir, más como circunstancia ligada a situaciones vividas y que por lo tanto es posible modificar que como realidad estática de la psiquis.

Ayudar y ser ayudado. Acompañar y ser acompañado: El Movimiento se entiende como un espacio habilitador y legitimador de la ayuda mutua.

Transformar las percepciones sociales sobre la salud mental; la lucha contra el estigma: El movimiento se posiciona desde el interés por de-construir la "camisa de fuerza conceptual". Si Foucault hablaba del encierro de las épocas manicomiales anteriores a la Reforma Psiquiátrica (7) y Martínez-Hernáez (1) nos habla de la camisa de fuerza química en la era post-manicomial, actualmente se visibiliza la necesidad de dejar atrás la camisa de fuerza conceptual y epistémica ligada a las capturas que las etiquetas diagnósticas ejercen sobre la identidad y la subjetividad de las personas psiquiatrizadas (4). El objetivo último no sería que todos se liberen de los diagnósticos, sino que accedan a la posibilidad de pensar si quieren liberarse o no. Que adquieran la jurisdicción para hacerlo.

Des-medicalizar el sufrimiento: Es decir, entenderlo no sólo como resultado de problemas individuales físico-biológicos, sino ligado a determinantes sociales, culturales, políticos, económicos o ambientales. Al mismo tiempo, el Movimiento aboga por recuperar conceptos y categorías propias para nombrar y gestionar el sufrimiento y promover el eje de derechos en este ámbito.

Ser reconocidos/as en su capacidad de enunciación: Ser reconocidas/os como sujetos en sus procesos de recuperación y en la construcción de las políticas públicas. Ser reconocidas como interlocutores necesarios en la producción de las estrategias de cuidado y en la reflexión, el análisis y visibilización de los determinantes multidimensionales del sufrimiento psíquico contemporáneo.

Participar en la construcción del conocimiento científico a partir de los llamados *mad studies*: Esto es generar investigación cualitativa y cuantitativa que dé cuenta y reconozca las necesidades expresadas por las personas psiquiatrizadas.

Des-terapeutizar la vida: El Movimiento no se entiende como de índole terapéutico sino político, sin embargo, según las entrevistadas, es justamente este proceso lo que lo transforma en generador de un mejor estar.

Llevar la reflexión sobre la salud mental al ágora pública: Desde el movimiento se utilizan los medios de comunicación para socializar sus demandas

y se organizan por un lado seminarios, talleres y formaciones de sensibilización en la lucha contra el estigma asociado. Por otro, se crean formaciones en temas de derechos que apuntan a visibilizar un conocimiento silenciado y a activar la noción de locura como concepto unificador de las luchas sociales en el campo de la salud mental.

Producir espacios de intercambio y socialización junto a la comunidad en general: Varias de las asociaciones producen talleres y actividades culturales en espacios naturales de ciudadanía y abiertos a la población en general.

El movimiento tensiona los modos naturalizados socialmente a la hora de conceptualizar y tratar el sufrimiento psíquico. En su accionar puede ser entendido en tanto fraternidad epistémica siguiendo a Fernando Broncano (8), un espacio complejo de acciones algunas de las cuales son teóricas, hipotéticas, conceptuales. No pautadas desde una lógica de adoctrinamiento, sino como un espacio de reflexión y pensamiento compartido.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Este artículo es resultado del proyecto de investigación “Hacia un archivo de la memoria histórica de las luchas y reivindicaciones sociales del movimiento loco” Fases 1 y 2 realizado durante 2022-24 desde el Institut Català de Antropologia con financiación del OPEI (Observatori del Patrimoni Etnòlogic Immaterial dependiente del Departamento de Cultura de la Generalitat de Cataluña). Los autores quieren agradecer a las entidades y colectivos asociados al Movimiento Loco, su implicación y participación en el desarrollo del proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Hernáez, Á. (2019). Síntomas y pequeños mundos. Un ensayo antropológico sobre el saber psiquiátrico y las aflicciones humanas. Anthropos.

2. Correa-Urquiza, M. (2018). La condición del diálogo. Saberes profanos y nuevos contextos del decir. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 38(134), 567–585.

3. Rose, N. (2019). Our psychiatric future. Polity Press.

4. Correa-Urquiza, M., & Huertas, R. (2024). Movimiento Loco en España. De las políticas del reconocimiento y el debate por la cuestión del esencialismo “loco”. Arbor, 200(812), 1–16. https://doi.org/10.3989/arbor.2024.812.2601

5. Correa-Urquiza, M., Pie Balaguer, A., Coll-Florit, M., Hernández, E., & Climent Roca, S. (2020). Orgullo loco y metáforas para una disidencia. Un análisis lingüístico y simbólico. Salud Colectiva, 16, e2886. https://doi.org/10.18294/sc.2020.2886

6. Fricker, M. (2017). Injusticia epistémica: el poder y la ética del conocimiento. Herder.

7. Foucault, M. (2016). El origen de la hermenéutica de sí. Siglo XXI.

8. Broncano, F. (2020). Teoría y práctica de las fraternidades epistémicas. En M. Garcés & A. Casado da Rocha (Eds.), Debate: Comunidades de práctica y el futuro de la educación. Dilemata: Revista Internacional de Éticas Aplicadas, 33, 11–21. https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000343/680

De la desestigmatización a la hiperterapeutización: pensar desde los movimientos en primera la nueva cultura de la salud mental

María Reneses
Instituto de Investigación Tecnológica (ICAI) y Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Pontificia Comillas, Madrid
mreneses@comillas.edu

La cultura que tenemos en torno a la salud mental depende de nuestro contexto sociohistórico y, por lo tanto, no deja de cambiar. En los últimos años, aunque persiste cierto estigma —particularmente hacia los trastornos considerados graves—, se ha producido una notable desestigmatización de los problemas de salud mental (1). Si bien esta tendencia antecede a la pandemia, se habría profundizado a partir de esta (2).

Las personas son entonces cada vez más propensas a definir el sufrimiento psíquico o el malestar como un problema de salud mental y a buscar ayuda profesional para abordarlo. Aunque el activismo en primera persona ha centrado sus críticas principalmente en la institución psiquiátrica, en esta ponencia proponemos un diálogo entre algunos de sus aprendizajes y la creciente terapeutización de la vida, a partir de entrevistas y escritos de participantes del movimiento.

DEL DIAGNÓSTICO A LA SENSACIÓN DE DÉFICIT Y VULNERABILIDAD

En el marco del cuestionamiento al saber científico por parte de la sociedad civil, la psiquiatría ha sido una de las disciplinas más interpeladas. Esto se debe, en parte, a que las personas psiquiatrizadas han sido históricamente silenciadas y despojadas de su capacidad de agencia.

En una época en la que cada vez más personas buscan un diagnóstico como una forma de dar sentido a su malestar o a su diversidad, los movimientos en primera persona cuestionan la hipótesis biomédica por la que la locura y el sufrimiento psíquico son el resultado de una enfermedad mental. Sostienen, en cambio, que las categorías diagnósticas, lejos de estar fundamentadas en evidencia objetiva, constituyen construcciones elaboradas por razones políticas y farmacéutico-económicas.

Esta “comunidad en lucha contra las etiquetas” (3) critica el modo en que el lenguaje clínico puede patologizar comportamientos y experiencias que, en realidad, son respuestas comprensibles a contextos de opresión o exclusión

social. Como expresa una participante en los grupos de personas que escuchan voces «Recibí el mensaje de que, porque oía voces, había algo malo en mí. No era que había algo mal en la gente que me hacía daño» (4).

Asumir el diagnóstico implica asumir la invalidez, y una posición extrema de vulnerabilidad, cuando es precisamente esa sensación de vulnerabilidad -ese miedo- la que subyace a muchos padecimientos en forma de angustia. Según Furedi (5), esta vulnerabilidad se construye no solo a partir del diagnóstico, sino también a través de la cultura terapéutica. En primer lugar, porque la salud mental se ha convertido en un problema entendido en términos de déficit: de habilidades, recursos o estrategias. En definitiva, algo que debe ser aprendido o incluso entrenado. En segundo lugar, porque la cultura terapéutica exige una estructura narrativa en la cual el sufrimiento y el rol de víctima terminan por definir la identidad del yo. La terapia, en este sentido, cultiva la vulnerabilidad mediante la creación de un yo que se percibe como dañado y siempre en riesgo. No es casual que el lema adoptado por estos planteamientos críticos sea el de *Orgullo Loco*, una reivindicación que sitúa a la persona muy lejos de la posición de víctima.

Los activistas en primera persona nos recuerdan que concebir nuestra biografía en términos de enfermedad genera una reflexividad permanente en la que somos continuamente problematizados y patologizados. Así, el malestar remite a cierta tara o falla personal y queda articulado en torno a la vulnerabilidad, la debilidad, y el déficit. Como expresa Masoud «Nos dijeron que estábamos enfermas. Nos hicieron dudar hasta de nuestra propia identidad» (6). Al dejar atrás el rol de enfermo, los grupos de apoyo mutuo posibilitan una resignificación del malestar desde una perspectiva más social y contextual, lo que permite construir un *self* desde otro lugar y con una proyección distinta.

DEL ESTIGMA A UNA NUEVA SUBJETIVIDAD: SUFRIMIENTO PSÍQUICO Y CONTEXTO SOCIAL

Según Erro (7) las luchas contra el estigma han evolucionado hacia luchas por el reconocimiento de subjetividades no normativas. Frente a la psicologización del sufrimiento, que tiende a despolitizarlo, estos movimientos proponen enfoques que sitúan el malestar en su dimensión estructural, considerando que «los determinantes sociales como la violencia, la discriminación, la pobreza, la exclusión, el aislamiento, la inseguridad laboral o el desempleo, y la falta de acceso a la vivienda son la causa fundamental del sufrimiento psíquico» [6]. En el manifiesto de Orgullo Loco (8) se plantea que, en lugar de patologizar las condiciones materiales de un sistema injusto, «las políticas de salud mental deberían abordar los “desequilibrios de poder” en lugar de los “desequilibrios químicos».

La lógica neoliberal de la responsabilidad individual está profundamente presente en la depresión y otras formas contemporáneas de malestar, al proponer que cada persona es responsable tanto de sus éxitos como de sus fracasos. La depresión sería, en este marco, la otra cara de dicha responsabilidad: temor a

no estar a la altura, sensación de vacío e impotencia, y vergüenza ante la idea de ser uno mismo el culpable de su situación (9). Esta lógica de responsabilización también se reproduce en muchas terapias actuales a través del trabajo sobre la actitud personal, central en discursos como la psicología positiva, el coaching y la autoayuda.

En contraste, los grupos de apoyo mutuo permiten la construcción de otras formas de subjetividad. En estos espacios, las personas se descubren y se reconocen en quienes comparten experiencias similares; dejan de sentirse culpables al identificar causas estructurales en su malestar, y superan la vergüenza mediante la expresión compartida y la creación de sentido colectivo.

LA PUESTA EN COMÚN DEL SUFRIMIENTO: APOYO MUTUO FRENTE AL AISLAMIENTO

Un miembro de GAMMA Albacete describe cómo antes de unirse a un grupo de apoyo mutuo (GAM) se «sentía vacío y solo» (10). El aislamiento, que constituye una reacción central en la depresión y en otros malestares contemporáneos, también puede leerse como un síntoma de la época que habitamos: un tiempo en el que cada individuo debe hacerse cargo de sí mismo y enfrentar la realidad de manera solitaria. La cultura terapéutica dominante en la actualidad refuerza esta lógica al promover discursos centrados en evitar la “dependencia emocional” y protegerse de la “gente tóxica” o los llamados “vampiros emocionales”.

Rose (11) describe este fenómeno como la neurotización de las relaciones sociales, en la que los vínculos afectivos se problematizan en términos del bienestar individual y son interpretados como reflejo de incapacidades personales. Así, se proyecta una imagen del otro como una amenaza potencial, alguien en quien no se debe confiar y de quien uno debe protegerse. La ficción del individuo moderno, bajo este marco, se construye en contra las relaciones de dependencia a pesar de que somos seres interdependientes.

Frente a esta desconfianza hacia el otro, la propueste de los grupos de apoyo mutuo es sostener la vulnerabilidad en comunidad y compartir: «experiencias de sufrimiento, de aislamiento, soledad, incomprensión…Ya solo verbalizar el sufrimiento ayuda. Colectivizarlo, no vivirlo en privado como si fuera un problema solo nuestro» (12).

La sensación de *vacío*, en este sentido, puede entenderse como una expresión de la falta de significación o de la imposibilidad de elaborar sentido frente a lo vivido. En el contexto de los GAMs, emerge la posibilidad de producir significados a través del relato colectivo. Esta elaboración conjunta impide el desbordamiento emocional que se produce, por ejemplo, en el pánico. El relato compartido mitiga la angustia, despatologiza el malestar y transforma el imaginario desde el cual se interpreta, al otorgarle un nombre distinto. En última instancia, la posibilidad de realizar un análisis crítico de la realidad y compartirlo con otros permite construir una narrativa de lo acontecido desde lo común: «Hemos aprendido que es precisamente rompiendo la membrana estanca del diagnóstico que prescribe

destino y compartiendo nuestro sufrimiento, saliendo de nosotras y yendo al encuentro de las compañeras, como se vence el malestar, colectivamente, compartiéndolo, hallando lo común» (13).

CONCLUSIÓN

En conclusión, frente al modelo neoliberal de gestión de la vida, que reproduce la cultura terapéutica promoviendo la ilusión de autonomía y responsabilidad individual en un contexto de creciente precarización e incertidumbre, recuperar la potencia de lo colectivo representa un cambio con implicaciones en múltiples niveles. El sentimiento de fracaso se disipa al reconocerse en otras personas que atraviesan situaciones similares. El apoyo mutuo, en contraste con la lógica de la autosuficiencia, se fundamenta en la reciprocidad: el cuidado no se impone ni se exige, sino que se comparte y se construye colectivamente.

La vergüenza se mitiga cuando el malestar se enuncia ante otros, se visibiliza aquello que antes se ocultaba y se rompe con la culpa. El sentido no se impone, sino que se crea a través del relato colectivo. El aislamiento y el miedo -característicos de la angustia y la depresión- se atenúan cuando el sufrimiento se aborda en común. Así, el apoyo mutuo no solo propone otra forma de cuidado, sino también otra manera de habitar el malestar, resignificándolo desde la comunidad.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Este capítulo es parte del Proyecto I+D+i PID2023-151059NB-I00, financiado por MICIU/AEI/10.13039/501100011033 y FEDER. Una manera de hacer Europa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pescosolido BA, Medina TR, Martin JK, Long JS. (2013), The “backbone” of stigma: identifying the global core of public prejudice associated with mental illness. American Journal of Public Health, 103(5):853–60.

2. Shapiro E, Al-Krenawi A, Zukerman G, Melamed M, Shtibi CD, Korn L. (2024), Changing attitudes about mental health stigma in Israel during the COVID-19 period: a potential positive effect of the pandemic. Society and Mental Health. 0(0)

3. Flipas GAM. (2017, febrero 8). Manifiesto Flipas. Flipartegam. https://flipartegam.wordpress.com/2017/02/08/manifiesto-flipas/

4. Hearing Voices España. Beyond Possible: How the Hearing Voices Approach Transforms Lives. YouTube video, 45:04. 2023. https://www.youtube.com/watch?v=x8pp0YkDLCQ.

5. Furedi, Frank (2003), Therapy Culture: Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age. Routledge, Oxford.

6. Masoud Salazar, Fátima (2021). Malestar social y salud mental: Psiquiatrización, pandemia y Orgullo Loco. Viento Sur: Por una izquierda alternativa, (177), 73–82.

7. Erro Javier (2021), Pájaros en la cabeza: Activismo en salud mental desde España y Chile, Barcelona, Virus editorial.

8. Orgullo Loco Madrid. (2019, 23 de mayo). Manifiesto del Día del Orgullo Loco en Madrid. Orgullo Loco Madrid. https://orgullolocomadrid.wordpress.com/2019/05/23/manifiesto-del-dia-del-orgullo-loco-en-madrid/

9. Ehrenberg, Alain (2000), La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad, Buenos Aires, Nueva visión.

10. Plaza, Marta. (2019, 24 de marzo). Cuando la locura toma la palabra. El Salto Diario. https://www.elsaltodiario.com/salud-mental/cuando-la-locura-toma-la-palabra-activismo-salud-diversidad-orgullo-loco

11. Rose, Nikolas (2007), The politics of life itself: biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century. Princeton University Press, Princeton.

12. Botwin, Anita (2015, 13 de mayo). Los grupos de apoyo mutuo en salud mental: Un cambio de chip brutal. elDiario.es. https://www.eldiario.es/retrones/grupos-apoyo-mutuo-mental-cambio_132_3794770.html

13. Xarxa GAM. (2018). Otra mirada al sistema de salud mental: Una manera de entender el conflicto. Descontrol Editorial.

13.

LA CONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DE LAS ENFERMEDADES RARAS: POLÍTICAS DE SALUD, INSTITUCIONES Y ORGANIZACIONES DE PACIENTES

COORDINADORES

Raúl Velasco Morgado
Historia de la Ciencia, Universidad de Salamanca
rvmorgado@usal.es

&

Juan Antonio Rodríguez-Sánchez
Historia de la Ciencia, Universidad de Salamanca
jarshm@usal.es

PRESENTACIÓN

Si la molecularización de la biomedicina contemporánea ha conducido a una precisión diagnóstica que desborda las categorías tradicionales y microniza las entidades nosológicas, el cambio del rol del paciente ha propiciado movimientos que reivindican el derecho a la asistencia y al tratamiento, con independencia del número de personas afectadas por una enfermedad específica. Como respuesta a estos cambios, los sistemas de salud se han visto obligados a reformular sus políticas para dirimir las tensiones entre el aumento de costes y las responsabilidades éticas ante la ciudadanía. Se trata, en consecuencia, de un problema complejo que precisa, por tanto, una investigación histórica necesariamente interdisciplinar.

El nuevo concepto socioeconómico y jurídico de *enfermedades raras,* construido durante el último tercio del siglo XX, ha dado lugar a un complejo entramado de prácticas y dinámicas sociales, políticas, culturales y científicas, que lo convierte en un observatorio privilegiado para el análisis de las transformaciones profundas que se han gestado en la medicina, en las políticas de salud, en los movimientos asociativos de los pacientes y en la producción de conocimiento.

Desde un punto de vista historiográfico, el fenómeno de las “enfermedades raras” tiene un gran potencial y ofrece la oportunidad de abordar, a través de nuevas fuentes y perspectivas, categorías clave como paciente, equidad o derecho a la atención sanitaria. Lejos de constituir una categoría estable, su definición, institucionalización y visibilidad han sido procesos históricos situados, moldeados por marcos normativos cambiantes y por la participación de diversos actores, como los propios pacientes y sus asociaciones, médicos clínicos, investigadores, responsables políticos, gestores, la industria farmacéutica o las

fundaciones filantrópicas. El conjunto de las contribuciones que aquí presentamos adopta una aproximación crítica y multidisciplinar, que sitúa la emergencia de las enfermedades raras como resultado de dispositivos sociales, científicos y políticos específicos.

Las aportaciones reunidas analizan temas y casos muy diversos, que incluyen el concepto mismo de "rareza" y su relación con la medicina; los mecanismos de legitimación científica y política de estas enfermedades como grupo; los modelos de financiación; la incorporación de los pacientes como sujetos activos; y la evolución de los dispositivos institucionales diseñados para su atención. Para ello, se utilizan fuentes primarias muy variadas: fuentes de archivo (de instituciones científicas y de asociaciones de pacientes), documentos parlamentarios, prensa general y especializada, materiales audiovisuales y fuentes orales, entre otros. Analizadas desde enfoques como la historia social de la medicina, la historia política de la salud y la historia del tiempo presente, esta pluralidad de fuentes da cuenta, sobre todo, de una voluntad de construir una historia que articule los niveles institucionales, científicos y experienciales de la enfermedad.

En lo relativo a la cronología, los estudios abarcan desde la década de 1960 hasta la actualidad, lo que permite observar cambios, rupturas y continuidades, desde un contexto dominado por la fragmentación asistencial, la escasa financiación y la dependencia de las iniciativas filantrópicas, hasta una etapa de progresiva institucionalización.

En conjunto, las aportaciones de los distintos autores que participan en esta mesa inciden en varios aspectos fundamentales del fenómeno contemporáneo de las "enfermedades raras": la desbordante magnitud del problema, la centralidad del nuevo rol del paciente y del movimiento asociativo y las tensiones entre lo biosanitario, lo económico y lo político-social. Se trata de un desafío considerable desde la óptica de la historia del tiempo presente, con implicaciones directas en el mundo actual, en las políticas públicas de investigación y salud y, en definitiva, en los derechos de los pacientes.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Esta mesa se ha organizado en el marco del proyecto PID2021-126019NB-I00 financiado por MCIN/AEI/10.13039/501100011033/ y por FEDER Una manera de hacer Europa.

Un fenómeno emergente y un desafío: la financiación de la investigación sobre enfermedades raras en España (1960-2000)

Raúl Velasco Morgado
Historia de la Ciencia, Universidad de Salamanca
rvmorgado@usal.es

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el portal Orphanet registra un total de 6.417 entidades nosológicas clasificadas como enfermedades raras. El concepto subyacente a este enorme catálogo—en constante expansión—ha ido permeando progresivamente en el ecosistema sanitario y ha generado transformaciones muy significativas, tanto en la práctica clínica como en los ámbitos vinculados con la investigación biomédica. Se trata de una realidad de tal calado, que algunos autores la han conceptualizado como un verdadero fenómeno «emergente» (1). Esto se debe a que, a pesar de la baja prevalencia individual de cada una de ellas, el conjunto de pacientes afectados representa un desafío global de gran magnitud, con algunas estimaciones que hablan de 400 millones de personas en todo el mundo. Esta «paradoja de la rareza» pone de manifiesto la relevancia del problema, en contraposición a cualquier tipo de interpretación minimizadora que pudiera derivarse del uso de los términos «raro», «minoritario» o «de baja prevalencia».

La investigación biomédica sobre estas enfermedades está condicionada por varios factores, entre los cuales cabe destacar una marcada dependencia tecnológica asociada a la molecularización de la patología, la presión y el respaldo ejercidos por las asociaciones de pacientes, la dificultad para conseguir muestras significativas por sus bajas prevalencias, así como una serie de determinantes políticos y económicos inherentes a la propia naturaleza de estas enfermedades. De hecho, no debemos olvidar que, a pesar de coexistir con el concepto clásico iatrocéntrico de rareza, el concepto de *enfermedades raras* construido durante el último tercio del siglo XX es de carácter socioeconómico y jurídico (2).

A partir de estas premisas, parece pertinente analizar los determinantes económicos que condicionan la investigación en este ámbito, con el objetivo de poder comprender mejor el fenómeno. En este estudio, examinaremos los principales mecanismos de financiación en España entre 1960 y 2000, en el marco de los diferentes contextos sociopolíticos que se sucedieron en el país.

SENSIBILIDAD SOCIAL, FILANTROPÍA Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL

A falta de completar el mapa de la investigación sobre enfermedades de baja prevalencia durante el tardofranquismo, una revisión de las líneas de investigación del CSIC ofrece un primer panorama que podría definirse como pobre: sólo tres laboratorios trabajaban sobre alguna enfermedad genética o molecular que podríamos clasificar como de baja prevalencia. Entre ellos destacaba un centro mixto, el Instituto de Investigaciones Citológicas de Valencia (IIC), especializado en disgenesias gonadales. Fuera del CSIC, existían, eso sí, algunas iniciativas que habían encontrado asiento en la universidad —sobre todo en algunas cátedras de Pediatría—, así como en el fragmentado sistema sanitario público. Este era el caso del Instituto Provincial de Bioquímica Clínica de Barcelona (IBC), que por entonces estaba iniciando varios proyectos sobre cromosomopatías, enfermedades de depósito lisosomal y errores congénitos del metabolismo.

Dado que el daño neurológico es una característica definitoria de un alto porcentaje de enfermedades raras, la creciente sensibilidad social hacia la discapacidad intelectual en el país durante este período fomentó muchas de estas iniciativas. La financiación pública era muy limitada y los recursos provenientes de la filantropía tuvieron que paliar en gran medida este problema.

Esta situación reproducía el viejo modelo estadounidense que, sin embargo, allí ya había transitado hacia una financiación estatal a partir de 1945 (3). Un ejemplo significativo de la situación en España lo ofrece el IBC, donde la intervención de la Fundación Juan March fue determinante para la adquisición de los costosos instrumentos que requería la investigación molecular en la década de 1970 (4). Allí, la financiación se complementaba con las aportaciones de algunas empresas farmacéuticas —como Uriach y Ordesa—, que otorgaron becas al Instituto. El IIC, seguía un modelo similar, puesto que, a pesar de ser un centro del CSIC, formaba parte de la obra social de la Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Valencia.

LA TRANSICIÓN Y LOS FONDOS INTERNACIONALES COMO ALTERNATIVA

La estrategia de conseguir financiación a través de los contactos que se iban estableciendo con el extranjero resultó muy fructífera para la investigación en enfermedades raras, una necesidad, además, que fomentó la circulación del conocimiento. El IBC de Barcelona llevó a cabo una gran labor importando investigadores españoles que se habían formado en Estados Unidos y habían proseguido allí sus carreras profesionales. De esta forma, las relaciones del grupo con la ciencia de aquel país fueron muy fluidas y se lograron desarrollar proyectos sobre cromosomopatías y sobre enfermedades de depósito lisosomal con personal altamente especializado. En este contexto, a comienzos de la década de 1970, se envió a una de las doctorandas, María Villalba Badía (n. 1944) a Bethesda para trabajar con Roscoe Brady (1923-2016), quien acababa de describir las vías metabólicas alteradas en la enfermedad de Tay-Sachs. La financiación de la estancia fue completamente estadounidense y sufragada por varias asociaciones de pacientes del país: la *National Capital Tay Sachs*

Foundation, la Asociación de Tay Sachs de Maryland y la Asociación Nacional de Tay Sachs y Enfermedades Relacionadas (NTSAD) (5). La tradición del movimiento asociativo en salud era allí mucho más antigua, lo que explica un vínculo tan sólido entre asociaciones e investigación científica en fechas tan tempranas.

En 1977, ya en el período de la transición, se nombró nuevo director del IIC de Valencia a Santiago Grisolía (1923-2022), discípulo de Severo Ochoa y que, hasta entonces, había estado desarrollando su labor académica en la Universidad de Kansas. La llegada del bioquímico, que ya había sido nominado al Nobel tres años antes, cambió el rumbo del instituto y estableció hasta once líneas de investigación nuevas entre las que sólo una, la que dedicaron al síndrome de Lesch-Nyhan, se dedicaba a patología de baja prevalencia. Eso sí, el equipo trabajó asesorado directamente por el propio William Nyhan (n. 1926) y consiguió, ya en la década de 1980, avances significativos en el conocimiento de la patogenia de la enfermedad. Esto fue posible gracias a la financiación proporcionada por un Programa que Grisolía había articulado entre el Instituto y el Centro Médico de la Universidad de Kansas (KUMC) (el *International Program of Molecular Citology of the IIC- KUMC*). A estos fondos se sumaron algunos recursos gubernamentales españoles canalizados a través del "Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad" (6).

LAS ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES: FIS Y VUELTA A LA FILANTROPÍA

El ejemplo de las enfermedades neuromusculares, que concentran muchos de los rasgos comunes de las enfermedades de baja prevalencia, nos sirve de muestra para explorar la financiación durante el período de la democracia. No obstante, el cambio más sustancial se dio aún durante la transición, en 1980, al crearse el Fondo de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social (FIS). La vinculación de este programa con el propio sistema asistencial favoreció una mayor articulación entre la investigación y la práctica clínica.

En este nuevo escenario, durante las dos últimas décadas del siglo pasado, se establecieron en Barcelona dos grupos que destacaron como productores en el campo de las enfermedades neuromusculares: el de neuropediatras del Hospital Sant Joan de Déu, donde se fue subespecializando Jaume Colomer Oferil (n. 1948) y el de los neurólogos del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, que contaba con Isabel Illa Sendra (1952- 2022) como referente.

Una de las fuentes de financiación principales de ambos fue el FIS, que durante el período que nos atañe fue aumentando exponencialmente el número de proyectos que apoyaba y los millones de pesetas que se invertían en ellos.

No obstante, ante un panorama nacional deficitario en financiación, se buscaron alternativas. La práctica de trabajar con equipos internacionales y aprovechar los recursos de otros países prosiguió. De esta forma, Colomer trabajó de forma conjunta con los genetistas del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y con otros investigadores franceses y se financiaron íntegramente por la histórica Asociación

Francesa contra las Miopatías y el Ministerio de Investigación de Francia. Esto permitió estudiar 61 pacientes españoles afectados de atrofia muscular espinal y determinar nuevos datos sobre las mutaciones del gen *SMN* (7).

De la misma forma, la filantropía tuvo que volver a entrar en juego a finales de siglo. En 1997, la *Marató de TV3,* un evento solidario organizado por la televisión pública catalana, dedicó su recaudación a "*Enfermedades genéticas hereditarias: fibrosis quística y distrofia muscular*". En el vídeo divulgativo preparado para sensibilizar a los posibles donantes, aparecían los testimonios de algunos niños diagnosticados de distrofia de Duchenne y de distrofia miotónica, así como los de sus padres. Junto a ellos, aparecían intervenciones divulgativas de varios investigadores (entre ellos Colomer e Illa), ataviados con bata de laboratorio y con el aparataje diagnóstico como recurso escenográfico "de impacto". Después, todos pasaron por el plató de televisión el día de la *Marató* y trataron de transmitir mensajes con carga emotiva y vincular las palabras "*recerca*" y "*esperança*". Aquel día se llegaron a recaudar algo más de 588 millones de pesetas. Desde luego, no parece que el crecimiento de la financiación del FIS hubiera dado respuesta al desafío de las enfermedades raras.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Trabajo desarrollado en el marco del proyecto PID2021-126019NB-I00 financiado por MCIN/AEI/10.13039/501100011033/ y por FEDER Una manera de hacer Europa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Danese, Elisa y Lippi, Giuseppe (2018), Rare diseases: the paradox of an emerging challenge, Ann Transl Med, 6(17), 329.

2. Rodríguez-Sánchez, Juan Antonio y Velasco Morgado, Raúl (2022), Rare diseases: an historical introduction, Dynamis, 42(2): 351-369.

3. Schneider, WH (2015), The origin of the medical research grant in the United States: the Rockefeller Foundation and the NIH Extramural Funding Program, J Hist Med Allied Sci, 70(2), 279-311.

4. Sabater, Juan (1970). Aparatos cuya adquisición se considera de interés para el desarrollo del instituto (por orden de necesidad) [Informe mecanografiado]. Barcelona, diciembre de 1970. Archivo Fundación Juan March. Fondo del Instituto de Bioquímica Clínica de Barcelona.

5. Tallman, John et al. (1974), Isolation and relationship of human hexosaminidases", The Journal of Biological Chemistry, 249(11), 3489-3499.

6. Miñana, María Dolores et al. (1984), Lesch-Nyhan syndrome, caffeine model: increase of purine and pyrimidine enzymes in rat brain, Journal of Neurochemistry, 43(6), 1556-1560.

7. Bussaglia et al. (1995) A frame-shift deletion in the survival motor neuron gene in Spanish spinal muscular atrophy patients, Nature Genetics, 11(3), 335-337.

Saúde pública, filantrocapitalismo e doenças estigmatizadas: desafios para o historiador na escrita da história do tempo vivido. O caso de Campinas (1974- 1988)

Ana Nemi
Universidade Federal de São Paulo, Brasil
ana.nemi@unifesp.br

Em 9 de novembro de 1979, o Correio Popular, periódico do município de Campinas, publicou notícia sobre uma reunião no Congresso Nacional que discutira possíveis caminhos para a construção de um sistema único de saúde no Brasil. Nesse mesmo ano, o Congresso Nacional aprovara a Lei de Anistia, e em dezembro do ano anterior, revogara o AI5, forte instrumento de repressão durante a Ditadura Militar (1964-1985). Os ventos sopravam maiores liberdades e possibilidades de organização popular e política. O artigo de M. Elvira Ceará (1) destacava uma reunião de secretários de saúde dos estados e municípios, médicos, políticos e população na "Câmara Federal dos Deputados" com o objetivo de discutir uma "Política Nacional de Saúde". O primeiro parágrafo destaca, ainda, a relevância da experiência que vinha sendo construída em Campinas, cujo modelo de Programa Municipal de Saúde, elaborado a partir da gestão de Francisco Amaral (1922-2016) como prefeito entre 1977 e 1982, era indicado "como alternativa de uma nova política de saúde a ser implantada no país". Tratava-se do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, cujas conclusões o jornal publicava na íntegra.

Esses novos ventos expressavam, também, passados presentes. Em primeiro lugar porque o Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde (III CNS), realizada em Niterói, em 1963 (2), no âmbito das reformas do governo João Goulart (1919-1976), já havia articulado o desenvolvimento econômico do país com o exame das necessidades de saúde da população brasileira e, por isso, proposto a municipalização dos serviços de saúde, o estabelecimento de um Plano Nacional de Saúde e a coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal. Em segundo lugar porque o Brasil trazia da Primeira República a legislação que regulamentava as associações fundadas com objetivos morais, religiosos, recreativos, artísticos, científicos, políticos, e estabelecia os critérios para a fundação de uma miríade de instituições sem fins lucrativos. Entre elas, destacamos aqui as filantrópicas destinadas à prestação de serviços de saúde. Privilegiadas com forte isenção de impostos, justificada pela urgência do oferecimento dos serviços prestados aos cidadãos necessitados, tais instituições, entre as quais as mais importantes são os hospitais, capitaneadas por médicos, cresceram ao longo do século XX e se tornaram fundamentais a partir da fundação do INPS em 1966. (3, 4)

Esse arranjo institucional, que entregava a instituições privadas a organização dos serviços públicos de saúde, principalmente a partir dos hospitais, tipificou no Brasil o enraizamento do que os historiadores têm chamado de filantrocapitalismo. (5, 6, 7) Trata-se de prática que fortaleceu essas instituições e equipamentos de saúde para a disputa dos fundos públicos, seja por meio de isenção de tributos ou por recursos aprovados nas assembleias de representantes nos três níveis de poder da federação. Note-se, na notícia aqui reproduzida, que os responsáveis pela escrita do Relatório final do Simpósio reconheciam a necessidade de se contratar serviços do setor privado, ao menos enquanto a rede especificamente pública não fosse organizada, fato que se repetiu quando da fundação do SUS. A construção do SUS tem sido fortemente enfraquecida pela força dessas instituições/equipamentos, que continuam executando recursos públicos e aumentando os gastos tributários do Estado, fato que, dialeticamente, diminui os recursos para o funcionamento do SUS. (8, 9)

Mas vejamos a movimentação popular em Campinas: um pequeno periódico intitulado Assembleia do Povo, publicado com recursos da população que se reunia em fundos de Igrejas e em praças públicas, destacava a assembleia convocada pelos moradores da periferia de Campinas para o dia 16 de dezembro de 1979 e na qual se discutiriam moradia, a endemia de xistose (esquistossomose), doença que assolava Campinas na época, água, luz, esgoto, escola e Postos de saúde. (10, 11, 12)

Estudantes de medicina e médicos, que conduziam os debates na Universidade de Campinas, participavam dessas assembleias junto às populações pobres e periféricas ao mesmo tempo em que perscrutavam a situação sanitária desses territórios. Os principais problemas encontrados permitiam observar não apenas as desigualdades historicamente construídas no território como em todo o Brasil, mas doenças cujas origens e desdobramentos estavam relatadas à pobreza e à ausência de saneamento básico, a principal delas à época era a xistose. (13)

Doença de populações pobres que habitam territórios nos quais serviços básicos de saneamento não estão presentes, a esquistossomose é, ainda hoje, um problema em algumas regiões do Brasil. Ela faz parte do conjunto de Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado (DRSAI), junto com a malária, a dengue, a leptospirose, a diarreia e a hepatite A, assim como do conjunto de Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN). Trata-se de uma doença negligenciada pela sociedade e pelas autoridades da República, seguramente por não chegar aos bairros mais privilegiados, já que não se dissemina amplamente e causa forte discriminação contra os seus portadores. (14)

As doenças negligenciadas e estigmatizadas das periferias se tornaram, dessa forma, objeto de estudos nas escolas médicas, e nessa conjuntura, tratava-se, principalmente, de enfrentar as doenças do atraso, aquela relatadas à ausência de saneamento básico. Assim, ao passo que a sociedade brasileira se movimentava pela implementação se um sistema único de saúde público e para todos os brasileiros, haveria que organizar tal sistema a partir de territórios estudados nas universidades, já que as distâncias dos brasis evidenciavam

urgências bastante diferentes e exigiam a participação popular na organização da assistência à saúde. (15, 1)

O trabalho com os testemunhos tem permitido verificar a construção de memórias, e a memória possui, nesta pesquisa, não apenas a função de compor as reconstruções das ações em saúde encetadas em Campinas e de indicar caminhos e trajetórias de leitura e perscrutação documental, como, principalmente, de problematizar a experiência vivida, iluminando objetos, lugares, ações, legislações, notícias, instituições e pessoas. Sendo a memória um conjunto documental também constituinte das tramas a serem narradas, do ponto de vista metodológico, cabe afirmar um desafio científico que incomoda muitos historiadores: a inscrição do objeto de estudo aqui proposto em uma vertente historiográfica que se convencionou chamar de História do Tempo Presente. O desafio está exatamente no fato de que, para alguns historiadores, temas, acontecimentos, lugares e personagens presentes na memória do tempo vivido pelo historiador não se constituem em objeto histórico ainda, pois seria preciso guardar alguma distância temporal. Nessa pesquisa, ao contrário, são os testemunhos que permitem problematizar a história de tempo longo da construção de um sistema único de saúde público e capaz de acolher desde eventos simples até pacientes com doenças raras e estigmatizadas a partir de territórios específicos e politicamente organizados. (16)

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Artigo desenvolvido no âmbito do Projeto Raízes do SUS em Campinas, financiado pela FAPESP/BRASIL

BIBLIOGRAFÍA

1. Ceará, Maria Elvira, Programa Municipal de Saúde como alternativa nacional (1979), Correio do Povo, 11-9, 10.

2. Escorel, Sarah; Bloch, Renata Arruda (2005), As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. En: Lima, Nísia Trindade; Gerschman, Silvia; Edler, Flávio; Suárez, Julio, eds. Saúde e democracia – História e perspectivas do SUS, Rio de Janeiro, Fiocruz, pp. 83-120.

3. Nemi, Ana (2020), Charity and Philanthropy in the History of Brazilian Hospitals. En: Gorsky, Martin; Vilar-Rodríguez, Margarita; Pons-Pons, Jerónia, orgs. The Political Economy of the Hospital in History, Huddersfield, England, University of Huddersfield Press, pp. 61-94.

4. Nemi, Ana (2021), Entre o público e o privado - Hospital São Paulo e Escola Paulista de Medicina (1933-1988), São Paulo, HUCITEC.

5. Back, Charlotth; Nascimento, Beatriz (2020), Filantrocapitalismo e saúde global: o neoliberalismo da vida e da morte, Philanthrocapitalism and global health: the neoliberalism of life and death, Mural Internacional, 11, 2-16.

6. Mediavilla Merino, Juan José (2016), El filantrocapitalismo como modelo de acción social, Salamanca, Universidad de Salamanca [Tesis].

Silva, Patrícia; Oliven, Ruben (2020), Filantrocapitalismo versus filantropia para a justiça: um debate norte-americano sobre como lidar com a pobreza, Mana, 26 (1), 1-34

Paim, Jairnilson (2013), Reforma Sanitária Brasileira – Contribuição para a compreensão e crítica, Salvador/ Rio de Janeiro, UFBA/Fiocruz.

Gerschman, Silvia (2004), Democracia inconclusa: um Estudo da Reforma Sanitária Brasileira, Rio de Janeiro, Fiocruz.

Feliciello, Domenico (1985), Atenção Primária e Política de Saúde, Projeto de Avaliação Permanente em Serviço – FINEP/PUCCAMP, Campinas, 231-232.

Fausto, Márcia (2005), Dos Programas de Medicina Comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira, Rio de Janeiro, UERJ.

Arouca, Sergio (2003), O dilema preventivista – Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva (1976), São Paulo, Unesp, Rio de Janeiro, FIOCRUZ.

Smelke, Elisabeth (1999), Saúde e democracia – Experiência de gestão popular: um estudo de caso, Campinas, Unicamp.

Luna, Expedito José de Albuquerque; Campos, Sérgio da Costa (2020), O desenvolvimento de vacinas contra doenças tropicais negligenciadas, Cadernos de Saúde Pública, 36 (2), 1-14.

L'abbate, Solange (1990), O direito à saúde: da reivindicação à realização. Projetos de política de saúde em Campinas, Campinas, Universidade Estadual de Campinas [Tese].

Koselleck, Reinhart (2013), Los estratos del tiempo – estúdios sobre la historia, Barcelona, Paidós.

Un recorrido sociohistórico por la institucionalización de las enfermedades raras: análisis de sus políticas

Juan R Coca
Universidad de Valladolid
juanr.coca@uva.es

INTRODUCCIÓN

El proceso social e histórico promovido por las personas afectadas por Enfermedades Raras (ER) y sus familias puede ser estudiado, en su conjunto, como un fenómeno social. Ello permite su objetivación y análisis bajo los presupuestos de los estándares científicos. En este trabajo partiremos de esta idea para, así, comprender el proceso de institucionalización formal de las ER. Hablamos de institucionalización formal para diferenciarla de la institucionalización social, la cual es más informal y requiere un método de análisis distinto. A partir de ahora hablaremos de institucionalización dando por sentado que nos referimos exclusivamente a la formalización de marcos de referencias e imaginarios sociales en las políticas. Dicho proceso tiene gran interés social e histórico para comprender, precisamente, las transformaciones valorativas de la sociedad en cortos espacios de tiempo.

El recorrido sociohistórico por el proceso de institucionalización de las ER es amplio y requiere un análisis preciso y detallado. Por esta razón, en esta ocasión nos limitaremos a estudiar los debates de diversas comisiones, de las sesiones plenarias, etc. del Congreso de los diputados. Así mismo, centraremos nuestro interés en los primeros años del siglo XXI que es cuando el proceso de institucionalización de las ER tiene un mayor dinamismo y crecimiento. Los objetivos de esta investigación es conocer los valores y las coaliciones promotoras que permitieron que la institucionalización fuera posible.

Las fuentes primarias de nuestro trabajo son las preguntas y respuestas realizadas por los diputados, así como los debates en comisiones o en el pleno del Congreso. La información está disponible en la web del Congreso de los diputados. La búsqueda se realizó introduciendo el término “enfermedades raras” en el apartado de búsqueda de texto libre. Se excluyeron aquellas preguntas con poca relevancia o cuya información era demasiado precisa y que no permitiera analizar ningún aspecto valorativo. Por lo tanto, el proceso de búsqueda tuvo como criterio de inclusión toda la información del Congreso con alguna relevancia epistemológica.

RESULTADOS

El cambio de siglo supuso una profunda transformación en la institucionalización de las ER. En España hubo dos elementos cruciales que fueron detonantes de este proceso: la crisis del aceite tóxico (síndrome del aceite tóxico: SAT) y la labor tractora de la Unión Europea. El primer caso trajo consigo transformaciones en el sistema de salud que facilitaron cierto dinamismo y promoción de una concepción más amplia del sistema de salud. Por otro lado, el análisis del SAT también nos ha permitido comprender la labor de los afectados y su intervención en las políticas (1). Para ello estos colectivos se sirvieron de los medios de comunicación como elemento fundamental de promoción de sus intereses y como mecanismo de presión político. Con el paso del tiempo la importancia de la participación social del colectivo vinculado al SAT fue cambiando y siendo subsumida por el movimiento social de las ER en un sentido general. De hecho, a partir de ahora será constante la presencia de FEDER en la articulación de la participación pública en las políticas y en los debates. Sin embargo, también se constatará la presencia de otras organizaciones en la generación de políticas. Ello apoya la concepción clásica de los movimientos sociales como fluidos y, en cierto modo, informales (2).

Al analizar las fuentes indicadas se constata que la participación ciudadana, a través de sus representantes, tiene una mayor relevancia en el siglo XXI. De hecho, en 2005 el secretario de Estado de Relaciones para las Cortes en respuesta a una pregunta de los Srs. Vañó Ferre y González López indicaba que el Instituto de Investigaciones en Enfermedades Raras (creado en 2003) mantenía contactos con las asociaciones de afectados, así como una intensa labor de coordinación con FEDER y EURORDIS (3).

En 2008 se produce uno de los grandes hitos de la participación del movimiento asociativo en las políticas públicas. Hablamos concretamente de la participación de la presidenta de FEDER, la Sra. Sánchez de la Vega, ante los miembros de la Comisión no permanente para las políticas integrales de la discapacidad (4) del Congreso de los Diputados. En su participación muestra las principales reivindicaciones del colectivo: promoción de los servicios sociales, formación de los profesionales de la medicina, carencia de investigaciones, poco interés económico por la industria farmacéutica, el problema de la dificultad de obtención del diagnóstico, empobrecimiento de las familias, entre otras cosas. En su contribución muestra una gran esperanza de que los centros de referencia ayuden a mejorar el diagnóstico debido a que estarán formados por equipos multidisciplinares. A este respecto, los representantes de algunos partidos políticos —especialmente los de los grupos socialista y popular— mostraron brevemente la vigencia del debate sobre la centralización o descentralización de los recursos.

Paulatinamente la participación del movimiento asociativo ha crecido en el desarrollo de políticas y en su participación en la toma de decisiones. De hecho, en 2013 en relación con el registro de ER lanzado en febrero de 2012 con la colaboración de FEDER, se constata el reconocimiento y la participación de

numerosas entidades en el proceso. A la pregunta de la Sra. Díez González sobre el mapa de recursos sobre ER (5), el Secretario de Estado de Relaciones con las Cortes indica lo siguiente: "se envió la petición a la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) y a la Federación Española de Enfermedades Neuromusculares (ASEM), para el comienzo de la recogida de la información necesaria para la elaboración del mapa. Además se han estado manteniendo reuniones con las siguientes asociaciones de pacientes para gestionar la recogida de información: Federación Española de Lupus, Federación Española de Enfermedades Metabólicas Hereditarias, Confederación Española de Familias de Personas Sordas, Asociación Española de Síndrome Rubinstein-Taybi, Alianza Española de Familias de von Hippel-Lindau, Federación Española de Hemofilia, Asociación de Familiares y Enfermos de Fibrosis Pulmonar Idiopática y Fibrosis Pulmonar Familiar, Asociación Española Síndrome de Charge y Asociación de Microsomía Hemifacial." (p. 538). Evidentemente, esto no suple la solicitud de información a las Comunidades Autónomas. Esto supone una modificación en la gestión de la información por la directa participación de los afectados. Con todo ello se elaborará un informe con los resultados y se enviará para su aprobación al Consejo Interterritorial del SNS.

Por otro lado, vemos que el desarrollo de las políticas sobre ER tuvo un lugar destacado en los debates la puesta en marcha del Centro Estatal de Referencia de Atención a Personas con Enfermedades Raras y sus Familias. Dicha institución estuvo afectada por retrasos y diversas preguntas parlamentarias al respecto. Lo más interesante de las diferentes referencias a este centro es que muestran la concepción existente a la hora de hablar de ER y los valores relacionados con ello. En este sentido, en respuesta a una pregunta del Sr. Heredia Díaz al gobierno, el gobierno indica que "el objetivo de este centro es impulsar y coordinar la investigación, la atención especializada y la formación de profesionales sociosanitarios sobre enfermedades raras". Lo que, de un modo u otro, vincula el centro al ámbito de la salud biomédica. En 2009 se vuelve a hacer referencia a este centro indicando que trabajará en red con el sistema nacional de salud, con FEDER y con el Instituto de Salud Carlos III. Ello indica la justificación de su existencia como herramienta biosanitaria y no tanto como instrumento social, pese a ser promovido por el Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales.

DIMENSIÓN VALORATIVA	SIGLO XX - 1975–1999	SIGLO XXI - 2000–2019
RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL	Inexistente como categoría específica. Las ER no aparecían en la agenda política.	Reconocimiento explícito. Se crearon comisiones y estrategias nacionales.
PRESENCIA POLÍTICA	Sin debates específicos ni propuestas legislativas, salvo en el caso del Síndrome del aceite tóxico (SAT).	Comparecencias de FEDER; creación de la Comisión de Discapacidad (2004).
SISTEMA DE SALUD	En proceso de universalización (Ley General de Sanidad, 1986).	Consolidación del SNS, atención más estructurada a pacientes con EERR.
INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA	Muy limitada (SAT como excepción).	Institucionalización del IIER, CIBER/CIBERER, CREER.
SOCIEDAD CIVIL Y PACIENTES	Movilización débil; sin interlocución política ni estructuras nacionales.	Fundación de FEDER (1999); papel activo en el Congreso y medios.
LEGISLACIÓN ESPECÍFICA	Inexistente. Las EERR no estaban normativamente diferenciadas.	Aprobación de la Estrategia Nacional (2009) y fondos dirigidos.
FINANCIACIÓN PÚBLICA	Sin partidas específicas para ER.	Inversión creciente en diagnóstico y apoyo a pacientes.

Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIONES

El proceso de institucionalización de las ER ha estado marcado profundamente por la lógica biosanitaria. Este hecho es el que justifica, de un modo u otro, la implementación de mecanismos políticos: instituciones, colaboraciones, leyes, etc. Esto es debido en buena medida por la urgencia de atender a este tipo de problemas: ausencia/dificultad de diagnóstico, falta de información experta, necesidad de centros de referencia, etc. Sin embargo, los diferentes agentes que intervienen en el proceso hacen mención de lo social como herramienta de apoyo vacío a sus propuestas. De hecho, las medidas sociales que se van conformando en las políticas sobre ER distan de tener un claro componente social. Ahora bien, es innegable que la intervención del movimiento asociativo ha transformado las políticas biosanitarias al incorporar paulatinamente a estos agentes como decisores y como elementos fundamentales de la puesta en marcha de políticas.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Trabajo desarrollado en el marco del proyecto PID2021-126019NB-I00 financiado por MCIN/AEI/10.13039/501100011033/ y por FEDER Una manera de hacer Europa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Coca, Juan R. et al (s/f) Socio-historical understanding of the institutionalization of Rare Diseases: Analysis of Spanish policies in the European context. Humanities and Social Science Communications (aceptado).

2. Burke, Peter (2019). Historia y teoría social, Buenos Aires-Madrid, Amorrortu.

3. BOCG (2005), Congreso de los Diputados, VIII legislatura, serie D, nº 252, 2 de agosto de 2005,

4. DS (2007), Cortes Generales, Comisión no permanente para las políticas integrales de la discapacidad, nº 945. Sesión nº 36, 20 de noviembre de 2007.

5. BOCG (2013), Congreso de los Diputados, IX legislatura, nº D-382, 26 de diciembre de 2013.

Insularidad y respuesta social ante las enfermedades raras: el papel de las asociaciones de pacientes en Canarias

Juan Manuel Velázquez Díaz
Universidad de Salamanca
juanma_velazquez@usal.es

INTRODUCCIÓN

El 4 de febrero de 2025, La Organización Mundial de la Salud (OMS) celebró en Ginebra (Suiza) su 156ª reunión del Consejo Ejecutivo. En el sexto punto del día, titulado: «Enfermedades raras: una prioridad de salud mundial para la equidad y la inclusión», se reconoció que estas enfermedades afectan a una de cada 2.000 personas (1). Actualmente se identifican unas 7.000 (6.417 según la última actualización de Orphanet) (2, 3) y se estima que más de 300 millones de personas en el mundo conviven con alguna de ellas, lo que representa entre el 6% y 8% de la población global (1, 4, 5, 6). Aproximadamente entre el 70% y 72% de estas enfermedades tienen su inicio en la infancia (1, 4), y muchas de ellas provocan discapacidad, dificultades en el acceso a servicios sanitarios y educativos, discriminación estructural y efectos psicosociales como el aislamiento, la estigmatización y la limitación de oportunidades de inclusión. La OMS destaca que estos efectos se ven agravados por la falta de concienciación social y por el escaso conocimiento médico y científico generalizado (1).

Parafraseando a Rodríguez-Sánchez y Velasco Morgado, los derechos de las personas con enfermedades minoritarias y sus familias no habrían sido posibles sin la transformación del papel de los pacientes, quienes han asumido un rol activo en los sistemas públicos de salud y en la defensa del conocimiento generado desde su propia experiencia. Esta participación ha sido clave tanto en la relación con los profesionales sanitarios como en los procesos colectivos de empoderamiento. Las nuevas perspectivas impulsadas por las asociaciones, sus miembros y los propios pacientes han resultado decisivas en la transición hacia enfoques interdisciplinares sostenidos por redes complejas (6).

En el archipiélago canario, el desarrollo de estas asociaciones ha seguido un proceso particular, marcado por la dispersión territorial, la insularidad y la falta de estudios que documenten su trayectoria. Este trabajo tiene como objetivo reconstruir la historia del asociacionismo vinculado a las enfermedades raras en las Islas Canarias, identificar sus dinámicas y comprender los factores que han condicionado su aparición, continuidad o extinción.

LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES EN CANARIAS

El 18 de noviembre de 2003, el Parlamento de Canarias estimó por primera vez que unas 75.000 personas en el archipiélago estaban afectadas por enfermedades raras (7). Este momento marcó un punto de inflexión en la visibilidad del colectivo, que comenzó a adquirir mayor presencia en la prensa regional. A pesar del creciente interés mediático, no fue hasta el periodo comprendido entre 2006 y 2015 cuando se fundaron siete asociaciones de pacientes centradas en enfermedades de baja prevalencia en la comunidad autónoma (8).

Los grupos de pacientes son quienes desempeñan un papel fundamental y único en la formación de la voz colectiva de las personas que viven con enfermedades poco frecuentes. Estos grupos, formados por familiares de personas afectadas, desempeñan un papel clave en la representación colectiva de los pacientes. Son ellos quienes se ocupan de la formulación de los organismos reguladores y facilitan el bienestar de las personas y sus cuidadores (4, 19).

Como señala Rabeharisoa, son las asociaciones de pacientes quienes contribuyeron a la sensibilidad y a la concienciación de los ciudadanos, donde llevaron a las autoridades políticas a fomentar su gobernanza y aplicar políticas públicas con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades raras. Por ello, el hecho de compartir las experiencias de los pacientes es la razón de muchas federaciones y asociaciones. Al intercambiar sus experiencias, los afectados encuentran un significado a su enfermedad y convivir con ella, con todas las implicaciones que esto conlleva en la vida familiar, laboral y social (9).

Asimismo, uno de los aspectos a tener en cuenta es la distribución geográfica de los pacientes y sus familias, ya que refleja una característica específica de las enfermedades de baja prevalencia. Esta dispersión territorial implica que puede haber casos en cualquier parte del mundo. Sin embargo, en el contexto insular, se dan excepciones como el aislamiento de la población, lo que dificulta la implementación de actuaciones concretas por parte de la sanidad pública, especialmente en las islas. Esta situación, junto con la escasa información disponible, provoca que las personas afectadas y sus familias reciban poco apoyo y se encuentren aisladas (10)

A pesar del creciente impacto del movimiento asociativo en otras comunidades autónomas, en Canarias no existe hasta la fecha un estudio sobre el surgimiento, evolución e historia de las asociaciones de afectados de enfermedades raras. Esta ausencia justifica la necesidad del presente trabajo, cuyos objetivos son: analizar la respuesta social frente a las enfermedades raras en el contexto de las islas; construir la evolución histórica del asociacionismo en este ámbito; identificar los factores que explican su aparición, consolidación o desaparición; elaborar un registro de asociaciones activas, inactivas y extintas; comprender los objetivos que guían su acción colectiva y las estrategias utilizadas para alcanzarlos; e identificar los principales obstáculos organizativos, políticos y sociales a los que se enfrentan.

Para lograr cada uno de los objetivos se ha seguido la metodología de la historia oral (11) y de la historia del tiempo presente (12, 13), estructurada en cinco fases. En primer lugar, se efectuó un vaciado sistemático de la prensa regional a través del repositorio digital JABLE con el propósito de identificar informantes claves relacionados con el asociacionismo en torno a las enfermedades de baja prevalencia (14). En segundo lugar, se consultaron las bases de datos del Portal de Transparencia del Gobierno de Canarias y del repositorio «Canarias Datos Abiertos» para localizar asociaciones formalmente registradas (8, 15). En tercer lugar, se llevó a cabo una búsqueda sistemática de organizaciones en Internet con el fin de establecer contacto mediante las redes sociales (16), correo electrónico o teléfono. En cuarto lugar, se aplicaron entrevistas piloto y empleó el método de «bola de nieve» para ampliar la red de testimonios (11). Por último, se procedió al análisis de los materiales obtenidos, mediante la transcripción, codificación e interpretación de las entrevistas grabadas.

RESULTADOS

La Consejería de Presidencia, Administraciones Públicas, Justicia y Seguridad, y «Canarias Datos Abiertos» recoge un total de 10 asociaciones de pacientes (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de las asociaciones de enfermedades raras en las Islas Canarias

Isla	Asociaciones totales	Asociaciones nacionales	Asociaciones autonómicas	Asociaciones provinciales
El Hierro	0	0	0	0
Fuerteventura	2	1	1	0
Gran Canaria	4	0	3	1
La Gomera	0	0	0	0
La Palma	0	0	0	0
Lanzarote	0	0	0	0
Tenerife	4	0	4	1

Fuente: Consejería de Presidencia, Administraciones Públicas, Justicia y Seguridad. Elaboración propia.

El modelo organizativo de cada una de ellas se basa en la ayuda mutua y reivindicadora, lo que permite compartir experiencias y construir un principio de identidad colectiva. Al mismo tiempo, se agrupan para enfrentar problemas comunes y buscar soluciones a las dificultades que comparten (9).

Los resultados indican que el número de asociaciones de pacientes es muy bajo teniendo cuenta que la población de las Islas Canarias es de 2.238.754 habitantes (17) y que entre 76.158 y 128.381 personas padecen alguna enfermedad rara (18). En definitiva, se concluye que el movimiento asociativo es más activo en las islas orientales (Gran Canaria, Fuerteventura y Lanzarote) en comparación con la provincia de Santa Cruz de Tenerife (Tenerife, La Gomera, La Palma y El Hierro), lo que se traduce en una mayor capacidad de atención a esta población en las primeras.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Trabajo desarrollado en el marco del proyecto PID2021-126019NB-I00 financiado por MCIN/AEI/10.13039/501100011033/ y por FEDER Una manera de hacer Europa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (2025), Enfermedades raras: una prioridad de salud mundial para la equidad y la inclusión. Proyecto de decisión EB156/CONF./2.

2. Orphanet. Enciclopedia para profesionales. https://www.orpha.net/es

3. He Wu, Zhan (2020), Introductory Chapter: Advances in the Diagnosis and Management of Rare Disease En: Zhan he Wu, Rare Diseases, IntechOpen [Internet].

4. Palau, Francesc (2020), Enfermedades raras. Ciencia y realidad de la rareza de la medicina, Madrid, CSIC y Los Libros de la Catarata.

5. Cruz Herández, Manuel y Bosch Hugas, Joan (2014), Manual Ilustrado de Enfermedades Raras, Majadahonda (Madrid), Ergon.

6. Rodríguez-Sánchez, Juan Antonio y Velasco Morgado, Raúl (2022), Rare diseases: an historical introduction, Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam 42 (2), 351-369.

7. El Parlamento reclama un mayor apoyo a las enfermedades minoritarias (18 de noviembre de 2003), La Provincia. Diario de Las Palmas, 7. Documentación obtenida de JABLE. Archivo de prensa digital de la ULPGC.

8. Dirección General de Transparencia y Participación Ciudadana de la Consejería de Administraciones Públicas, Justicia y Seguridad. https://www3.gobiernodecanarias.org/entidadesjuridicas/asociaciones/

9. Akrich, Madeleine; Nunes, João; Paterson, Florence, and Rabeharisoa Vololona (2008), The Dynamics of Patient Organitations in Europe, Paris, Presses des Mines.

10 Palau, Francesc (2010), Enfermedades raras, un paradigma emergente en la medicina del siglo XXI, Medicina clínica, 134 (4), 161-168.

11. Thompson, Paul (1988), La voz del pasado. Historia oral, Valencia, Edicions Alfons El Magnànim Institució Valenciana D' Estudis i Investigació.

12. Allier Montaño, Eugenia (2018), Balance de la historia del tiempo presente. Creación y consolidación de un campo historiográfico, Revista de Ciencias Sociales (65), 100-112.

13. Aróstegui, Julio (2004), La historia vivida: sobre la historia del presente, Madrid, Alianza.

14. Documentación obtenida de JABLE. Archivo de prensa digital de la ULPGC.

15. Datos Abiertos de Canarias.
https://datos.canarias.es/catalogos/general/dataset/asociaciones-de-canarias

16. Noiret, Serge (2018), Trabajar con el pasado en internet: la historia pública digital y las narraciones de las redes sociales, Ayer (110), 111-140.

17. Instituto Nacional de Estadística (INE). https://www.ine.es/

18. Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias (2021), Estrategia de Enfermedades Raras de Canarias 2022-2026, Servicio Canario de Salud.

19. Huyard, Caroline (2012), The emergence of the cause of rare diseases and rare disease patiens movement, Orphanet Journal of Rare Diseases, 7 (2).

Las redes de investigación como respuesta a las enfermedades raras: dos décadas del CIBERER

José María Millán Salvador
Biomedicina Molecular, Celular y Genómica, IIS La Fe
jose_millan@iislafe.es

El Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (CIBERER) ha desempeñado un papel esencial en el impulso de la investigación y tratamiento de las enfermedades raras (ER) en España desde su fundación en 2006. Nacido como una iniciativa del Instituto de Salud Carlos III, CIBERER integra grupos de investigación del Sistema Nacional de Salud (SNS), universidades y centros públicos, con el objetivo de promover un enfoque cooperativo, abierto y competitivo en la investigación biomédica.

Las enfermedades raras, caracterizadas por su baja prevalencia, pero alta gravedad, complejidad clínica y escasas opciones diagnósticas y terapéuticas, han sido tradicionalmente ignoradas tanto por los sistemas sanitarios como por la sociedad. En este contexto, CIBERER ha contribuido a cambiar este paradigma al fomentar una nueva cultura investigadora basada en la colaboración interdisciplinar e interinstitucional, centrada en mejorar el conocimiento, diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades.

Desde su creación, CIBERER ha pasado de reunir 45 grupos de investigación a contar en 2025 con 54 grupos y 19 Grupos Clínicos Vinculados, organizados en siete programas científicos: Medicina Genómica Traslacional, Medicina Mitocondrial y Metabólica Hereditaria, Enfermedades Neurológicas, Medicina Pediátrica y del Desarrollo, Patología Neurosensorial, Medicina Endocrina y Cáncer Hereditario, y Enfermedades Hematológicas y Dermatológicas. Esta estructura ha permitido abordar las ER desde múltiples disciplinas, favoreciendo la generación de conocimiento aplicable directamente al paciente.

Uno de los pilares del modelo CIBERER es la incorporación activa de la visión del paciente. Representantes de asociaciones participan de forma estructurada en sus órganos de asesoramiento y decisión, como el Comité Asesor de Pacientes (CAP) y el Comité Científico Asesor Externo (SAB), lo que garantiza que las prioridades científicas estén alineadas con las necesidades reales del colectivo afectado.

A lo largo de casi dos décadas, se han incorporado más de 480 investigadores al consorcio, reforzando las líneas estratégicas de investigación. Asimismo, se han realizado más de 120 movilidades nacionales e internacionales y más de

250 investigadores han recibido formación especializada mediante cursos en técnicas avanzadas de investigación traslacional, fomentando así la capacitación continua.

CIBERER ha respaldado más de 140 proyectos prioritarios de investigación con una inversión total superior a los 7,5 millones de euros. Estas iniciativas han sido clave para avanzar en el conocimiento biomédico de las ER, así como para el desarrollo de tecnologías emergentes en diagnóstico y terapia.

La apuesta por la infraestructura científica ha sido otro pilar fundamental. La creación de plataformas como ENoD, un programa que se enfoca en la búsqueda del diagnóstico para pacientes con enfermedades raras cuya etiología aún no ha sido determinada, o bien GenRare, orientada al registro de enfermedades genéticas y de baja prevalencia, ha permitido generar bases de datos clínicas de gran valor. Del mismo modo, CIBERER ha impulsado el desarrollo y consolidación de un biobanco especializado en ER, CIBERER BIOBANK, que proporciona muestras biológicas humanas con los más altos estándares de calidad.

Cabe destacar que CIBERER lidera proyectos estratégicos en el campo de las enfermedades raras a nivel nacional como ejemplo IMPaCT-GENómica, programa de medicina genómica que forma parte de la iniciativa IMPaCT, un plan estratégico financiado por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) Su objetivo es proporcionar soporte genómico a la medicina de precisión para mejorar el diagnóstico de enfermedades que no pueden ser diagnosticadas mediante métodos de rutina, especialmente enfermedades raras y cánceres hereditarios.

La producción científica de CIBERER desde 2007 ha superado las 11.900 publicaciones, mostrando una tendencia creciente hacia la excelencia, con alta visibilidad internacional y un enfoque colaborativo. Paralelamente, se ha incrementado la actividad en protección de la innovación, con numerosas solicitudes de patentes centradas en aplicaciones terapéuticas, lo que refuerza el papel de CIBERER como motor de transferencia de tecnología en el campo de las ER.

Los avances en diagnóstico molecular también han sido significativos. Los grupos del CIBERER han descubierto más de 120 nuevos genes relacionados con ER, y han desarrollado algoritmos bioinformáticos avanzados para el análisis e interpretación de datos ómicos. Estas herramientas, junto con el uso de la biología de sistemas, han permitido mejorar los procesos diagnósticos, reducir los tiempos de espera y abrir nuevas vías para el tratamiento personalizado.

En el ámbito del desarrollo terapéutico, CIBERER ha logrado la designación de 19 medicamentos huérfanos por parte de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) y 6 por la FDA de Estados Unidos. Entre estos desarrollos se incluyen terapias génicas y reposicionamientos farmacológicos para enfermedades como la anemia de Fanconi, la enfermedad de Lafora, la adrenoleucodistrofia y la epidermólisis bullosa. Estos avances reflejan el compromiso de la red no solo con la generación de conocimiento básico, sino también con su aplicación clínica y su transferencia al sector productivo.

En resumen, CIBERER ha contribuido de manera decisiva a transformar el panorama científico y sanitario de las enfermedades raras en España. Su modelo de trabajo en red, basado en la cooperación, la excelencia científica y la orientación al paciente, ha permitido superar barreras históricas en la investigación de estas patologías. A través de una red dinámica y en evolución constante, CIBERER continúa afrontando con éxito los desafíos científicos y clínicos que plantean las enfermedades raras, con el objetivo último de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

Investigación, asistencia y participación ciudadana: la creación del Centro de Referencia Estatal de Enfermedades Raras

Juan Antonio Rodríguez-Sánchez
Universidad de Salamanca
jarshm@usal.es

&

Raúl Velasco Morgado
Universidad de Salamanca
rvmorgado@usal.es

INTRODUCCIÓN

En la última década del siglo XX, las enfermedades raras en España se caracterizaban por una notable dispersión de los recursos asistenciales y de investigación, el desconocimiento social del problema y una consecuente vulnerabilidad para los pacientes y sus familias. Sin embargo, la pujanza de las asociaciones de estos en Europa había comenzado a transformar las políticas comunitarias, lo que propició profundos cambios organizativos en los países miembros. En este contexto, aparecieron en España diferentes organizaciones e instituciones, entre ellas, el Centro de Referencia Estatal de Enfermedades Raras (CREER) en Burgos.

Abordaremos aquí el estudio de esta institución como espacio de confluencia de las complejas interacciones entre agentes, organizaciones y políticas, en diferentes niveles territoriales. Las fuentes utilizadas para ello han sido los diarios de sesiones del Congreso de los Diputados y del Senado, así como los de la Comisión de Sanidad; la prensa diaria, especialmente la local (*Diario de Burgos*) y la autonómica (*El Norte de Castilla*); la documentación organizativa; y las fuentes orales. En esta primera aproximación, nos ocuparemos del contexto para su creación, con una identificación de los agentes implicados y un análisis de los determinantes de las sucesivas modificaciones del proyecto, desde 1997 a 2010.

LA CONEXIÓN CON EL ASOCIACIONISMO EUROPEO

Las estrategias de las asociaciones de pacientes para cohesionar la gran diversidad de las enfermedades minoritarias supusieron la construcción del concepto socioeconómico de “enfermedades raras” y la búsqueda de una plataforma unida que les diese capacidad para negociar con gobiernos nacionales y con el Parlamento Europeo (1). La relación de Teresa Barco Olmeda, presidenta

de la Asociación para las Deficiencias que afectan al Crecimiento y al Desarrollo (ADAC), con la *National Organization for Rare Disorders* (NORD) estadounidense, le permitió conocer el proyecto de creación de la *European Organisation for Rare Diseases*, EURORDIS (ID-01, 2). De hecho, el entramado asociativo francés se había inspirado en la experiencia estadounidense vinculando enfermedades raras con medicamentos huérfanos como forma de promover una legislación específica (3). Desde esta perspectiva, consideraron la conveniencia de crear alianzas y federaciones nacionales de asociaciones de enfermedades raras como instrumentos de presión sobre los gobiernos de cada país para conseguir así una legislación comunitaria (4).

Moisés Abascal Alonso, farmacéutico y colaborador desde hacía años de ADAC, fue delegado para acudir a una primera reunión en París en 1997 y a un congreso sobre medicamentos huérfanos en Florencia. Terkel Andersen, entonces presidente de la organización danesa, y el sueco Anders Olauson, fundador de Agrenska, le pidieron expresamente la dinamización de una federación que presionase al gobierno español (ID-01). En 1998, una reunión de ADAC en Sevilla convocó a diferentes asociaciones españolas para iniciar la andadura que condujo a la creación de FEDER, la Federación Española de Enfermedades Raras, el 17 de abril de 1999, bajo la presidencia del propio Abascal (2, 5).

Las actuaciones coordinadas condujeron a la aprobación por el Parlamento Europeo del primer Programa de Acción Comunitaria sobre las Enfermedades Poco Comunes (1999-2003) y, en diciembre del mismo año, el Reglamento sobre Medicamentos Huérfanos, que habrían de condicionar las primeras decisiones en esta materia del gobierno popular de José María Aznar.

ANTECEDENTES INSTITUCIONALES: INVESTIGACIÓN

En el Instituto de Salud Carlos III, el Centro de Investigación sobre el Síndrome del Aceite Tóxico (CISAT) había comenzado a desarrollar algunas iniciativas lideradas por el epidemiólogo Manuel Posada de la Paz, quien se vinculó pronto a las demandas del movimiento asociativo. De esta forma, en 2000 el CISAT publicaba un Sistema de Información de Enfermedades Raras en Español (SIERE) (6) y, sólo un año más tarde, esta línea se consolidaba en el propio nombre de la institución al convertirse en CISATER (Centro de Investigación sobre el Síndrome del Aceite Tóxico y Enfermedades Raras).

A los pocos meses de la llegada de Ana Pastor al Ministerio de Sanidad los medios de comunicación vincularon su imagen a la del pequeño Lucas, un niño con la enfermedad de Pompe. De hecho, lo que más destacaron los periodistas de su comparecencia ante el Senado para informar sobre las líneas generales que iba a seguir su departamento, fue el anuncio de la creación de un Instituto de Investigación Clínica y Básica en Enfermedades Raras (7). Al año siguiente, CISATER se convertía en el Instituto de Investigación en Enfermedades Raras.

EL CONFUSO ORIGEN DEL CREER

Hacía poco más de un mes de la promulgación de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS, cuando los medios de comunicación informaron del anuncio por parte del ministro de Trabajo y Asuntos Sociales, Eduardo Zaplana, de que Burgos sería la sede de un Centro Nacional de Referencia de Enfermedades Raras. El desconcierto fue general ante la falta de consultas con organismos implicados, incluida FEDER. Sólo el Ayuntamiento de la ciudad y su alcalde, Juan Carlos Aparicio (predecesor de Zaplana en el ministerio), mostraron su entusiasmo y agilizaron la cesión de terrenos. La desinformación llevó a confusiones y polémicas sobre el sentido de dos centros que se percibían como duplicados, especialmente cuando las declaraciones ministeriales hablaban de investigación puntera y de labor asistencial en el de Burgos.

El 17 de abril de 2004 se iniciaba la VIII Legislatura, con la presidencia socialista y Jesús Caldera en el Ministerio de Trabajos y Asuntos Sociales. Las dudas sobre la continuidad del proyecto se disiparon al confirmar que el centro era prioritario por entrar dentro de las políticas de discapacidad que pretendía desarrollar el nuevo gobierno (recordemos la promulgación de la Ley 39/2006, conocida como Ley de Dependencia) (8).

Diversos problemas (cambio de emplazamiento y vuelta al inicial, aluminosis por la demolición y fallos en la cimentación por la proximidad del Arlanzón) retrasaron la inauguración desde las fechas previstas en 2007 hasta el 30 de septiembre de 2009. FEDER—que publicaba en ese año el estudio ENSERio sobre necesidades sociosanitarias de las personas con enfermedades raras (9)—había participado para redefinir las funciones del nuevo centro y, para entonces, se contaba ya con un nuevo marco: Europa contaba con un nuevo programa de acción y en España se acababa de aprobar la Estrategia en Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud. El CREER, según se expresaba en la Estrategia, debía ser un organismo de coordinación sociosanitaria entre servicios (los del SNS y los del Sistema de Servicios Sociales) y entre el sector público y el movimiento asociativo, informando, formando e innovando (10).

REFLEXIONES FINALES

Las decisiones para la creación del CREER no habían sido consensuadas y ni siquiera la Junta de Castilla y León mostró interés en colaborar hasta que fue inaugurado. La propaganda de anuncios políticos y mediáticos había generado grandes expectativas, tanto entre pacientes y sus asociaciones, como en la ciudad de Burgos. Pese a las sucesivas aclaraciones, pocos discursos públicos indicaron que no había una función investigadora biomédica, diagnóstica y terapéutica para cronicismos, sino una atención social. El primer director, Miguel Ángel Ruiz Carabias, a los pocos días de la inauguración, decía conocer la incertidumbre social sobre la capacidad investigadora del centro.

En el primer año de funcionamiento se había brindado atención psico-social, dado visibilidad a algunas de las enfermedades, celebrado congresos e iniciado

un exitoso programa de respiro familiar, entre otros logros. Sin embargo, la prensa reflejaba el desencanto en la ciudad, una escasa actividad y el descontento de los usuarios que acudían con la expectativa de una atención médica.

La relegación del CREER en las estrategias de lucha contra las enfermedades raras en España se ponía de manifiesto en la actualización de 2013 de la Estrategia en Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud: pese a los cuatro años de funcionamiento, el documento de la estrategia mantenía los mismos párrafos que en la de 2009, incluidas las frases que confiaban en las funciones que tendría en un futuro que parecía no llegar.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Trabajo desarrollado en el marco del proyecto PID2021-126019NB-I00 financiado por MCIN/AEI/10.13039/501100011033/ y por FEDER Una manera de hacer Europa.

FUENTES

ID-01. Entrevista con Moisés Abascal. Sevilla, 20 de julio de 2021.

El Norte de Castilla, 1997-2012.

Diario de Burgos, 1997-2012.

Congreso de los Diputados. Boletines Oficiales (series A, B, C y D)

Congreso de los Diputados. Diarios de Sesiones. Comisión de Sanidad.

Senado. Boletines Oficiales, Diarios de Sesiones y Comisión de Sanidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dharssi, Safiyya; Wong-Rieger, Durhane; Harold, Matthew; Terry, Sharon (2017), Review of 11 national policies for rare diseases in the context of key patient needs, Orphanet Journal of Rare Diseases, 12, (1), 63.

2. Carrión Tudela, Juan; Echandi García Herrera, Luján; Bañón Hernández, Antonio M.; Pastor Seller, Enrique (2015), FEDER, la fuerza del movimiento asociativo, Murcia, DM.

3. Rabeharisoa, Vololona; Callon, Michel (1999), Le pouvoir des malades: l'association française contre les myopathies et la recherché, Paris, Les Presses de l'École des Mines.

4. Rabeharisoa, Vololona; Callon, Michel; Marques Filipe, Angela; Arriscado Nunes, João; Paterson, Florence; Vergnaud, Frédéric (2012), The dynamics of causes and conditions:the rareness of diseases in French and Portuguese patients' organizations' engagement in research, Papiers de Recherche du CSI, nº 26, Paris, Centre de Sociologie de l'Innovation.

5. Pérez Pérez, Isabel (2020), Implicación del Real e Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla en cuanto al apoyo y visualización de las enfermedades raras, Sevilla, Facultad de Farmacia – Universidad de Sevilla [Trabajo de Fin de Grado].

6. Posada de la Paz, Manuel; Izquierdo Martínez, Maravillas; Ferrari, María José; Avellaneda Fernández, Alfredo; Andrés Copa, Pilar de; Martín Arribas, Concepción (2002), Plan de Acción de la Unión Europea y del Estado Español sobre Enfermedades de Baja Prevalencia, Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad, 17, 25-29.

7. Rodríguez-Sánchez, Juan Antonio; Ruiz Somavilla, María José (2022), Ver para pensar: la construcción visual de las enfermedades “raras”, Dynamis, 42, (2), 473-499.

8. Posada de la Paz, Manuel; Alonso Ferreira, Verónica; Bermejo Sánchez, Eva (2016), Enfermedades raras, Madrid, Instituto de Salud Carlos III – Los Libros de la Catarata.

9. Huete García, Agustín; Díaz Velázquez, Eduardo, coords. (2009), Estudio sobre situación de Necesidades Sociosanitarias de las personas con Enfermedades Raras en España, Estudio ENSERio, Madrid, FEDER.

10. Gol Montserrat, Jordi; Pi Corrales, Gema, coords. (2018), Libro Blanco de las Enfermedades Raras en España, Madrid, Fundación Gaspar Casal.

VARIA. 1

EPIDEMIAS, INFECCIOSAS, SALUBRIDAD

Medicina y legitimación del poder imperial: los informes de los consulados españoles del siglo XIX sobre epidemias

Miguel Conde Pazos
Universidad Alfonso X El Sabio
mcondpaz@uax.es

&

María Victoria Redondo Vega
Universidad Alfonso X El Sabio
mredoveg@uax.es

&

María del Rosario Gómez Vadillo
Universidad Alfonso X El Sabio
mgomevad@uax.es

INTRODUCCIÓN

El siglo XIX se caracterizó por una acelerada expansión de las redes comerciales, de los imperios, la circulación de personas y mercancías. También de las enfermedades, que se extendieron hasta prácticamente los últimos rincones del mundo. Estos elementos, comercio, imperios y enfermedades, tan íntimamente ligados entre sí, están a su vez vinculados con una institución que cobró una especial relevancia durante el siglo: los consulados. Estos representaron los intereses comerciales de las diferentes potencias, al mismo tiempo que protegían a sus ciudadanos (1). Una defensa que en muchas ocasiones se extendía a lo biológico, responsabilizándose de los marineros que llegaban enfermos o, en caso de fallecimiento, haciéndose cargo de sus restos (2). Los cónsules también eran responsables de velar por la seguridad de intercambios y emitir los pasaportes sanitarios, por lo que permanecían al tanto de toda noticia sobre epidemias locales o crisis sanitarias. Todo ello se tradujo en una ingente documentación dedicada a las cuestiones de salud y epidemias.

En el presente trabajo abogamos por la utilización de las fuentes consulares para el estudio de las epidemias globales el siglo XIX. Y lo hacemos por varios motivos. Primero, porque estamos ante una vasta documentación que apenas ha sido explotada, que permite reconstruir con detalle cómo se percibieron y gestionaron las enfermedades en contextos muy diversos. En este punto, el abanico de

posibilidades que se nos abre, simplemente a nivel de historia comparada, es enorme. Segundo por qué detrás de esta documentación hay un relato creado sobre la base de los prejuicios y los intereses particulares de las potencias. En este punto, los consulados también son responsables del discurso de legitimación del poder imperial que se fue conformando. Primero a través de sus críticas, evidenciando la superioridad -o supuesta superioridad- europea a nivel científico-sanitario, para, en último término, justificar su dominio colonial (3, 4).

Para el caso presente, utilizamos como base la documentación conservada del consulado español en la ciudad de Alejandría en la sección Estado del Archivo Histórico Nacional, centrándonos en los años de 1829 a 1838. Unas fechas especialmente convulsas a nivel sanitario, al sufrir Egipto el primer gran brote de cólera y una epidemia de peste bubónica (2). A continuación, y como ejemplo del prisma poliédrico que nos aporta dicha documentación, pasamos a comparar la visión de estos informes con los relatos hechos desde los otros consulados o embajadas en este mismo archivo.

LAS ENFERMEDADES EN EL EGIPTO DE PRINCIPIOS DEL SIGLO XIX

Este trabajo forma parte de una investigación más amplia centrada en los informes consulares españoles en Alejandría y su relación con la situación sanitaria local. Aquí se propone únicamente un modelo metodológico comparativo, que podría aplicarse a otros consulados para construir una historia global de las epidemias. Elegimos el consulado de Alejandría porque Egipto era, a nivel global, un punto clave de conexión entre el Mediterráneo y el Índico, y un espacio históricamente asociado a epidemias. Además, fue uno de los primeros territorios en experimentar la injerencia occidental en el siglo XIX, tras la invasión napoleónica (5).

Por otra parte, Egipto tuvo la particularidad de vivir durante esos años el gobierno de Mehmet Alí (1769-1849), bajo el cual el país experimento un proceso doble de autonomía política y de rápida modernización basada en estándares occidentales (6). Dos procesos realmente vinculados entre sí, pues Mehmet Alí tendió a instrumentalizar sus medidas, también en lo sanitario, para reivindicarse ante las potencias occidentales.

Como vemos, los relatos transmitidos por el consulado estuvieron sujetos a varias influencias, a las que había que sumar la propia visión prejuicios de los cónsules. Estos describieron el país como un espacio de clima insalubre, especialmente en determinadas estaciones; y, en lo epidémico, dependiente del equilibrio sanitario de una serie de ciudades unidas por el comercio: Alejandría, El Cairo, Rosetta y Damieta. Una red que conectaba con Siria, Sudán y el Mar Rojo (7). Sin entrar a analizar las enfermedades, los cónsules criticaban la eficacia de las medidas adoptadas por las autoridades locales, generalmente por su falta de rigidez en las cuarentenas, así como su personal sanitario, tildándolo de inútil y en ocasiones de cruel y bárbaro (8).

Una crítica especialmente aguda cuando el enfermo era un súbdito extranjero.

Mayores alabanzas se atrajo Mehmet Alí, al menos en un primer momento. Antes de marchar de campaña a Arabia y ante el primer brote de cólera, consultó a los cónsules sobre las medidas sanitarias a adoptar. Una implicación que acentuó posteriormente con la creación del lazareto de Azarita en Alejandría y la creación de una Junta de Sanidad con los cónsules (7, 9, 10). Dicha adopción de los estándares occidentales, y en parte de cesión de autoridad, le valió al virrey un aplauso efímero, pues pronto instauró medidas de control sanitario, obligando a marineros y mercancías a pasar por el lazareto y pagar un impuesto. Medidas que fueron interpretadas por los cónsules desde un punto de vista estrictamente mercantilista. Este choque entre lo sanitario y lo económico quedó plasmado en la documentación y, a pesar de su implicación en la Junta de Sanidad, el cónsul pasó a ser crítico con la eficacia real del lazareto, destacando la falta de control de paso, de personal preparado y en general de toda la cuarentena (carta de Antonio Estefani del 28 de septiembre de 1832, Caja 2, 7). Toda una muestra de como los intereses comerciales condicionaban el relato de una epidemia.

LA VISIÓN DE LOS OTROS CONSULADOS

Si observamos los documentos de otros consulados o embajadas durante esos mismos años notamos grandes diferencias. Una comparativa especialmente interesante es con los informes llegados de Estambul (11), pues Mehmet Alí se reivindicaba precisamente frente gobierno del sultán. De hecho, este prisma fue adoptado por el propio personal diplomático español, que a menudo contrapuso la ineptitud de las autoridades otomanas frente al eficaz gobierno del egipcio. Una vez más, el marco descrito es el de una serie de medidas poco apropiadas y acientíficas. Los representantes españoles solo fueron generosos con alguna orden contra la peste, como la limpieza con vinagre de calles y espacios públicos. Y si bien reconocían que el Sultán actuaba con la mejor intención, el caos al que había caído el imperio impedía tomar medida alguna eficaz. El epítome de esta contraposición lo encontramos en Creta, gobernada desde hacía poco por Mehmet Alí, donde sus medidas y hospitales, decían, habían frenado la enfermedad, salvando la isla (5).

Otro espacio de interés es Rusia, un país transcontinental, desde el que además llegó probablemente el cólera. Aquí, las alabanzas del representante español hacia las decisiones del zar se extendieron también al ámbito sanitario, destacando lo férreo y eficaz de sus medidas. Y, según el personal diplomático, si estas no tuvieron el efecto deseado no fue por el mal hacer de su gobierno, sino por la resistencia de la masa campesina, tildada de irracional, que, azuzada por alborotadores oscuros, rechazó la existencia de la enfermedad y se resistió a cualquier cuarentena o medida (12).

Por supuesto, el contrapunto a todos estos discursos lo encontramos en los informes del consulado en Marsella (13). Las medidas allí adoptadas son alabadas por el personal por su eficacia y carácter científico -a pesar del desconocimiento total que se tenía del cólera-. Incluso las consideran a imitar en España, si bien reconocían ciertas tensiones sociales. En este punto no hay cuestionamiento al gobierno ni prejuicio alguno, más bien cierta admiración, y las autoridades

españolas parecen más pendientes de transmitir una imagen de estabilidad política -y durante un tiempo, de informar de los exiliados sospechosos- que de cualquier amenaza infecciosa llegada de aquella ciudad.

CONCLUSIONES

No hay duda de que la documentación generada por los consulados españoles durante el siglo XIX son una fuente riquísima para el estudio de la salud global y en concreto de las epidemias. Los cónsules no solo enviaban de manera constante informes sobre la realidad sanitaria local, sino que estaban al tanto de la posible expansión de enfermedades por las redes de comercio.

Por otra parte, dicha información fue crucial en la construcción del relato de la enfermedad, tanto para las autoridades como para una parte del público europeo. Un relato que, como hemos podido comprobar, se construyó sobre multitud de influencias que iban mucho más allá de lo meramente sanitario. En ese sentido, los informes consulares no solo describieron epidemias, sino que las interpretaron, y en muchos casos las instrumentalizaron para consolidar discursos de legitimación del poder imperial.

Por tanto, consideramos que una comparativa basada en estos informes, pero más extensa, no solo nos brindará una visión global de las epidemias durante el siglo XIX, con una riqueza ingente e inédita de fuentes sobre las respuestas sanitarias adoptadas a nivel médico y de las prácticas sociales y culturales, sino que también permitirá explorar en profundidad la intersección entre salud, geopolítica y construcción de discursos de dominación imperial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pradells Nadal, Jesús (1992), Diplomacia y comercio: la expansión consular española en el siglo XVIII, Alicante, Diputación Provincial de Alicante.

2. Minkin, Shana (2020), Imperial Bodies: Empire and Death in Alexandria, Egypt, Stanford, Stanford University Press.

3. Boyle, Stephanie Anne (2015), Cholera, Colonialism, and Pilgrimage: Exploring Global/Local Exchange in the Central Egyptian Delta, 1848–1907, Journal of World History, 26 (3), 581–604.

4. Chakrabarti, Pratik (2014), Medicine and Empire (1600–1960), Basingstoke, Palgrave Macmillan.

5. Kousoulis, Antonis A.; Sazakli, Eleni; Tsiodras, Sotirios (2023), The Plague in Crete During the 19th Century, Cureus, 15 (8).

6. Borrás, Rafael (2004), Historia del Egipto contemporáneo, Barcelona, Bellaterra.

7. Archivo Histórico Nacional, Consulado de Alejandría, Est. 6142.

8. Archivo Histórico Nacional, Consulado de Alejandría, Est. 6143.

9. Archivo Histórico Nacional, Consulado de Alejandría, Est. 8257.

10. Schultz, Alexandra (2023), Preserving home: resistance to cholera sanitation procedures in Egypt, Architecture_MPS, 24.

11. Archivo Histórico Nacional, Embajada y consulados de Estambul, Est. 5963.

12. Archivo Histórico Nacional, Embajada y consulados de Rusia, Est. 6137.

13. Archivo Histórico Nacional, Consulado de Marsella, Est. 8320.

14. LaVerne, Kuhnke (1990), Lives at Risk: Public Health in Nineteenth-Century Egypt, Berkeley, University of California Press.

Dos modelos de arquitectura contra la insalubridad en París (1850-1936): de César Daly a Le Corbusier

Miguel Ángel Navarrete Santana
Universitat de València Estudi General (UVEG)
namian@alumni.uv.es

Entre 1852 y 1870 tuvo lugar la gran reforma de París del Barón de Haussmann (1809-1891). En este contexto, en 1864 se publicó un libro fundamental para la historia de la arquitectura y la salud pública: *L'architecture privée au XIXe siècle, sous Napoléon III.* En el volumen 2, el arquitecto César Daly (1811-1894) recopila toda una serie de soluciones arquitectónicas para la distribución de inmuebles parisinos de clase media. Hasta ese momento, los tratados de arquitectura habían abordado únicamente el diseño de viviendas para la nobleza y la burguesía, a lo que están dedicados los volúmenes 1 y 3.

La obra de César Daly no es un tratado monográfico de sus propias obras, sino una compilación de planos de otros autores, un catálogo de diversas soluciones de distribución doméstica adaptadas a la geometría particular del *ilôt*, con su geometría triangular, sus chaflanes y sus medianeras siempre perpendiculares a la calle. En palabras de Daly: "Al *constructor de casas*, sea arquitecto experimentado, joven recién salido de la escuela o simplemente emprendedor de provincias, hacen falta necesariamente modelos a consultar" (1, p. 2).

Los ejemplos, en los que aparece siempre el nombre del arquitecto, la dirección del inmueble, y la clase a la que pertenece (primera, segunda o tercera), se eligen por su interés para intervenciones análogas; permitiendo a los arquitectos de aquella época enfrentarse a los problemas particulares del modelo haussmanniano: la geometría de las parcelas, la implementación de instalaciones como agua filtrada, gas, baños y cocinas, la iluminación y ventilación de las estancias y la posición de las escaleras y de los patios. En general, todas las medidas de higiene que los urbanistas intentaban implementar en el saneamiento de la capital francesa (2, p. 35) y para las que aún no habían cristalizado los arquetipos adecuados. Estas medidas estaban destinadas a combatir las infecciones habituales en los tugurios insalubres, especialmente la enfermedad del cólera.

Daly realiza así una síntesis de estrategias de actuación en el urbanismo decimonónico parisino que se asemeja a un manual de gramática arquitectónica normalizada, del que se nutren las intervenciones posteriores. Además, se trata de un libro absolutamente innovador, al poner el foco en las viviendas de clase burguesa (la clase media), que hasta entonces no habían sido de interés para los tratadistas.

Se ha especulado históricamente sobre la razón principal, elíptica, por la que Napoleón III llevó a cabo la reforma de su capital imperial: construir bulevares para reprimir con mayor facilidad las revueltas populares o posibles revoluciones, como aquellas que habían acontecido en torno a 1848. El emperador pudo tener en mente estas circunstancias, pero los técnicos urbanistas de la época no perseguían este fin: buscaban salvar vidas.

El mismo año de la publicación del libro de Daly, Louis Pasteur presentó en la Sorbonne los resultados de los experimentos que le habían permitido demostrar, dos años antes, la existencia de los microorganismos refutando la teoría de la generación espontánea. Sin embargo, los criterios de salubridad aún tardarían mucho tiempo en alejarse de las antiguas teorías miasmáticas. Hasta finales del siglo XIX no se aprueban normativas de saneamiento más estrictas como las impulsadas por Eugène Poubelle (cuyo apellido da nombre, curiosamente, a la palabra “basura” en francés). En 1884 se impulsó un decreto que regula la proporción entre el ancho de calle, la altura del inmueble y la superficie de los patios, especialmente aquellos que ventilan las cocinas. Pero no es hasta el año 1894, tras el descubrimiento de las bacterias que producen enfermedades como el cólera o la tuberculosis, cuando se exigió obligatoriamente un *cabinet d’aisances* o baño por apartamento, y una red de saneamiento completa evacuando en la red de alcantarillado (3).

Entre 1894 y 1904, el funcionario y estadístico Paul Juillerat (1854-1935) llevó a cabo una investigación que detectó problemas de salubridad y hacinamiento en una serie de barrios de París, vinculados a la aparición de brotes de tuberculosis. El Consejo Municipal declaró, en los siguientes años, hasta 16 îlots insalubres. Pero, ¿qué había sucedido para que las reformas impulsadas en las décadas anteriores no fueran efectivas contra la situación de principios del siglo XX?

París contaba en torno a 1870 con 1.851.800 habitantes, mientras que en 1936 ya sumaba 2.829.700: casi un millón de habitantes más. Con estas cifras, no es de extrañar que el modelo de urbanismo haussmanniano no bastara para cumplir los criterios de salubridad en la ciudad (4, p. 8). Los estudios de asoleamiento publicados en la revista *L’architecture française* revelan que el ancho de calle de este modelo no aportaba suficiente iluminación a todas las viviendas, especialmente durante los meses de invierno.

También se publicaron estudios del Bureau de la Statistique Générale de la France y la Office International d’Hygiène Publique (4, p. 19) que señalaban a París como la ciudad más densa de Europa en número de habitantes por hectáreas de superficie y como una de las ciudades europeas con mayor mortalidad por tuberculosis. La ciudad se enfrentaba a una verdadera crisis sanitaria a la que debía dar respuesta.

Los primeros seis islotes que se declararon peligrosos representaban unas 60.600 viviendas, de las cuales el 80% se consideraban contagiadas. Según Juillerat: “Una casa de mortalidad alta casi nunca se encuentra aislada. En la práctica totalidad de casos, las casas contiguas a los inmuebles contaminados

se ven igualmente afectadas con mayor o menor severidad. El resultado es la formación de verdaderos islotes infectados" (5, p. 14). Una de las primeras medidas para paliar la situación fue la aprobación, en 1902, de una ley que modificaba la definición de insalubridad para señalar nuevos casos como las funerarias o los islotes tuberculosos, e incluía concepto de superpoblación.

Es en este contexto entra en escena un arquitecto de ideas radicales, y uno de los nombres más ilustres del Movimiento Moderno: Le Corbusier (1887-1965). En su proyecto para el îlot *nº 6* de 1936, el arquitecto de origen suizo propone un modelo de edificación abierta aumentando el esponjamiento del tejido residencial urbano de la capital francesa. Aunque no se llegó a ejecutar, el modelo de bloques ortogonales de viviendas se convirtió en ejemplo paradigmático de la arquitectura salubre mediante los estudios de soleamiento y ventilación.

Para Le Corbusier, la salubridad que representan sus nuevos modelos de vivienda, sublimados en el proyecto teórico de la Ciudad Radiante (*Ville Radieuse*), tiene que ver con un estilo de vida, con la medicina preventiva. Mientras que en la época de César Daly la destrucción de los tugurios insalubres era, asimismo, una limpieza de la moral corrupta de la población; en el caso de Le Corbusier, la preocupación estaba en la salud espiritual de los habitantes. En palabras del arquitecto: "… el sol alumbra las salas de cultura física y las áreas de helioterapia. Una unidad de vivienda (2.700 clientes) permite organizar regularmente las *lecciones* de cultura física convertidas en una obligación para la infancia, la adolescencia y hasta los adultos. […] Aquí también la unidad de vivienda de 2.700 clientes permite la organización de los servicios de salud. El establecimiento de fichas de salud, consultas generales, etc… En una palabra, medicina preventiva, medicina de salud" (6. p. 88).

El paradigma urbanístico haussmanniano, al que Le Corbusier calificó de "podredumbre", había quedado rápidamente obsoleto ante el crecimiento demográfico de la ciudad; y quedaría enmendado por el proyecto del îlot *nº 6*. Estaba diseñado para alojar unos 18.000 habitantes con servicios comunes y comercios en bloques ortogonales sobre un espacio verde continuo y lleno de vegetación que ocuparía el 88% de la superficie del suelo (6, p. 70). Orientado por los estudios contemporáneos sobre la incidencia de la presencia de espacios libres y de arbolado sobre la mortalidad de la población, Le Corbusier sentenciaba que "Mantener el equilibrio ya no es posible en las calles-ataúdes. […] Debemos crear *lugares y locales* que permitan hacer algo sano, agradable y feliz" (6, p. 50).

Pese a sus buenas intenciones, tanto el modelo sintetizado por Daly como el propuesto por Le Corbusier se materializan cuando la investigación en medicina ya ha cambiado de trayectoria: a medida que se desechan las teorías miasmáticas ante el descubrimiento de la microbiología en el primer caso, y cuando ya se habían empezado a administrar las primeras vacunas Bacillus Calmette-Guerin (BCG) contra la tuberculosis en 1921. ¿Cuán efectivas fueron, pues, estas medidas de intervención urbanística para paliar los efectos de ambas enfermedades? Aún quedan muchos datos por analizar para saberlo con certeza.

BIBLIOGRAFÍA

1. Daly, César (1864), L'architecture privée au XIXe siècle, sous Napoléon III. Nouvelles maisons de Paris et des environs. Vol. 2, Villas, chalets, jardins et leurs dépendances diverses, París, A. Moral et Cie.

2. Eleb-Vidal, Monique; Debarre-Blanchard, Anne (1985), In extenso nº 5: architecture domestique et mentalités. Les traités et les pratiques au XIXe siècle, París, Secrétariat de la recherche architecturale (SRA).

3. Moley, Christian (1999), Regard sur l'immeuble privé: architecture d'un habitat, 1880-1970, París, Le Moniteur.

4. Roux-Spitz, Michel, et al. (1942) L'Architecture française. Número spécial sur l'urbanisme de Paris et du Département de Seine & Oise, nº 17-18.

5. Fijalkow, Yankel (2000), La notion d'insalubrité. Un processus de rationalisation 1850-1902, Revue d'histoire du XIXe siècle, nº 20-21, 135-156.

6. Le Corbusier (2020), ¿Por dónde empezar? Por la manzana insalubre nº 6. Injerto de un tejido celular nuevo. ¿Cañones, municiones? ¡Gracias! Viviendas… por favor, Madrid, Abada, pp. 67-82.

Fiebre, árboles, marismas, dunas y redes forestales: geografía médica e ingenieril en las dunas del imperio portugués, en las décadas de 1920 y 1930

Ignacio García Pereda
CIUHCT – FCUL
igpereda@fc.ul.pt

Este trabajo pretende contribuir a la historia de Portugal, y de Mozambique durante el dominio portugués colonial, mediante el análisis de la política forestal y sus legados a largo plazo, así como ampliar el conocimiento sobre un tema relativamente ausente en la historiografía de la construcción del estado portugués y del imperio portugués en África. Los investigadores que trabajan en Mozambique han dado por sentados los servicios forestales como un instrumento de dominio colonial, pero no han examinado sus orígenes y funciones, las dificultades de personal y administrativas, ni sus implicaciones más amplias para las personas y los territorios. El artículo comienza con el establecimiento de los Servicios Forestales dentro de los ministerios y departamento de Agricultura Colonial, sus objetivos y organización, y muestra cómo las preocupaciones económicas y ambientales determinaron la explotación y la gestión de los recursos forestales según una lógica tecnocientífica. El artículo destaca los mecanismos utilizados para controlar el paisaje y el contexto en el que se formularon dichas políticas. Sigue a los primeros silvicultores portugueses en la zona costera de Coimbra y en Mozambique, centrándose en su formación, prioridades y prácticas, así como en las expectativas generadas por su presencia y lo que representaron para las autoridades gubernamentales y coloniales. El trabajo también analiza las particularidades de los encuentros interculturales, las personas e instituciones involucradas y la naturaleza de las prácticas forestales que surgieron de estas experiencias.

Esta comunicación busca tender puentes entre la historia de la ciencia y la historia ambiental. Académicos como Carse (1) y Kreike (2) han centrado su atención en el análisis del entorno construido como infraestructura. En esta línea, la literatura histórica ha examinado cómo la infraestructura actúa como vehículo de la política y cómo las propiedades y operaciones de los materiales y las tecnologías afectan los procesos políticos. S4e puede destacar la importancia de los dispositivos técnicos como canales de las visiones políticas estatales, afirmando que muchas redes físicas, como los bosques, los trenes y el suministro de agua, facilitan la vida social y las formas de gobernanza. El trabajo de Anand y otros han abierto nuevas perspectivas sobre la relación entre la materialidad y la cultura (3). Partiendo de esta idea, este artículo argumenta que la misión civilizadora portuguesa en la costa de Coimbra y en Mozambique incluyó no solo

la construcción de la infraestructura gris tradicional, como ferrocarriles, presas, puertos y ciudades —que fueron los pilares de las estrategias para controlar territorios, estructurar zonas económicas e imponer modelos europeos (4) —, sino también infraestructura verde, como cultivos comerciales, monocultivos de árboles y dunas estabilizadas. Las definiciones de infraestructura verde son diversas, según cómo se las vea y se aborde. Benedict y McMahon (5), por ejemplo, definieron la "infraestructura verde" como una "red interconectada de espacios verdes que conserva los valores y funciones de los ecosistemas naturales y proporciona beneficios asociados a las poblaciones humanas". El concepto difumina la línea entre ingeniería y naturaleza. También puede ocultar el hecho de que los beneficios pueden no extenderse a todos, ya que el uso de la infraestructura verde como herramientas tiene diferentes consecuencias para diferentes poblaciones y ecosistemas. En este artículo, el término «infraestructura verde» enfatiza el valor utilitario que se atribuye al bosque y el papel de este ecosistema híbrido —que permite la intervención humana y no humana— en la configuración del territorio según el pensamiento y los propósitos estatales y coloniales. El concepto de infraestructura verde también se utiliza aquí para explorar el «intercambio» o la «transferencia», según la definición de Beinart y Middleton (6), en una dimensión ambiental muy particular de la gobernanza lusa y del colonialismo portugués en Mozambique: la forestación de dunas en zonas costeras. Los «encuentros de plantas, animales, humanos y suelos expresan el contexto social de las épocas en las que ocurren y representan actores relevantes en los procesos de gestión del territorio» (7). De este modo, las dunas costeras de Coimbra y de Mozambique constituyen un buen lugar para observar el papel que la ciencia y la transferencia de plantas desempeñaron en la construcción de un nuevo paisaje colonial.

Finalmente, este trabajo se basa en una variedad de material histórico relacionado con las actividades portuguesas en la costa lusa y la costa de Mozambique, desde las características generales de la administración forestal y colonial, el desarrollo económico y las preocupaciones ecológicas hasta la recuperación de tierras y la explotación de recursos. El Archivo Histórico Ultramarino de Lisboa, los archivos de los Departamentos de Agricultura y Bosques de Lisboa, el Archivo Nacional de Mozambique de Maputo proporcionaron la mayor parte de la información utilizada.

La comunicación se divide en tres secciones: la primera examina el desarrollo de los Servicios Forestales (Figueira da Foz y Limpopo) y su personal entre 1920 y 1940; la segunda aborda los recursos forestales y su gestión; y la última analiza los casos particulares de la forestación de las dunas de Mira y de la desembocadura del río Limpopo y a lo largo de la costa, para la protección de las aldeas (contra las fiebres, entre otros motivos) y de los faros coloniales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carse, Ashley (2012), Nature as Infrastructure: Making and Managing the Panama Canal Watershed, Social Studies of Science, 42 (4), 539-63.

2. Kreike, Emmanuel (2013). Environmental Infrastructure in African History: Examining the Myth of Natural Resources Management in Namibia, Cambridge, Cambridge University Press.

3. Anand, Nikhil (2017),Hydraulic City: Water and the Infrastructures of Citizenship in Mumbai, Durham, Duke University Press.

4.Pereira, Hugo (2023). The Camera and the Railway: Framing the Portuguese Empire and Technological Landscapes in Angola and Mozambique (1880s-1910s). Technology and Culture, 64 (3), 737-59

5. Benedict, Mark A. & McMahon, Edward T. (2002), Green Infrastructure: Smart Conservation for the 21st Century. Renewable Resources Journal, 20 (3), 12-7.

6. Beinart, William & Middleton, Karen (2004), Plant Transfers in Historical Perspective: A Review Article, Environment and History, 10 (1), 3-29

7. Kull, Christian Arthur & Rangan, Haripriya (2008). Acacia Exchanges: Wattles, Thorn Trees, and the Study of Plant Movements, Geoforum, 39, 1258-72.

Tomás Cerviá Cabrera y la construcción de la lucha antituberculosa en Tenerife (1928-1936)

José Miguel de Salamanca Hernández
Universidad de La Laguna
salamancajm@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Esta comunicación tiene como objetivo principal analizar la contribución del Dr. Tomás Cerviá Cabrera (1902-1962) a la lucha antituberculosa en Tenerife, a partir del estudio de su tesis doctoral *Estudios sobre la endemia tuberculosa en Santa Cruz de Tenerife* (1), y valorar su legado en el contexto más amplio de la historia de la medicina en la isla. Asimismo, se propone reconstruir el contexto histórico y sanitario de Tenerife entre 1928 y 1936, con el fin de comprender las condiciones sociales, políticas y de salud pública que influyeron en el desarrollo de las estrategias contra la tuberculosis durante ese periodo.

Para abordar estos objetivos, se ha recurrido a una selección de fuentes primarias y secundarias que permiten contextualizar y profundizar en el análisis. La base principal de esta investigación es, como dijimos, la tesis doctoral de Cerviá, una obra que ofrece una visión detallada y rigurosa sobre la situación de la tuberculosis en la isla, así como sobre las infraestructuras sanitarias y las estrategias médicas implementadas en su combate.

Junto a esta fuente central, se han considerado textos de finales del siglo XIX relacionados con la climatoterapia, como los trabajos del médico lanzaroteño Tomás Zerolo Herrera (1850-1910) (2) y del tisiólogo catalán Agustí Bassols i Prim (1853-1919) (3), que permiten entender cómo se percibía la tuberculosis en Tenerife en un periodo en el que aún no era considerada un problema de salud pública. Asimismo, los testimonios apasionados de viajeros como Gabriel de Belcastel (1821-1890) (4) y las aportaciones del médico escocés James Clark (1788-1870) (5) contribuyen a delinear la imagen de Tenerife como un “paraíso terapéutico”, reforzada por la defensa entusiasta de esta visión en la prensa local, con figuras como el médico y periodista José Arias de Reina (1852-1895) (6).

El análisis se complementa con una revisión crítica de artículos periodísticos contemporáneos, que aportan una perspectiva social y cultural clave para entender las percepciones y discursos en torno a la enfermedad. En conjunto, este corpus documental permite reconstruir el contexto en el que Cerviá desarrolló su trabajo, así como valorar la importancia de su contribución en el ámbito de la salud pública en Tenerife.

La metodología empleada combina el análisis histórico-crítico de fuentes primarias con una revisión contextual de literatura especializada en historia de la medicina y salud pública. Se ha optado por una lectura interpretativa de la tesis de Cerviá, complementada con el estudio de discursos médicos y periodísticos de la época, lo que permite articular una visión tanto técnica como social del fenómeno. Esta aproximación interdisciplinar facilita no solo la reconstrucción del contexto en el que se desarrolló la lucha antituberculosa en Tenerife, sino también la valoración del impacto y la singularidad de la obra de Cerviá dentro del panorama médico insular.

DE PARAÍSO TERAPÉUTICO A ESCENARIO SANITARIO: EL AUGE DE LA TUBERCULOSIS EN LA TENERIFE DEL SIGLO XX

La imagen de Tenerife como enclave climático ideal para el tratamiento de enfermedades respiratorias, cuidadosamente construida en el último tercio del siglo XIX, comenzó a desdibujarse a medida que la isla enfrentaba una realidad sanitaria diferente. Con el cambio de siglo, la tuberculosis dejó de ser una enfermedad “de otros” para convertirse en un problema de salud pública local. Este giro fue favorecido por fenómenos como la emigración golondrina a Cuba y el posterior regreso de trabajadores infectados. Así, la isla pasó de ser un “paraíso terapéutico” a un escenario de lucha sanitaria, donde la tuberculosis pasó a ocupar un lugar central en la agenda médica y social del siglo XX.

Desde mediados del siglo XIX, médicos y viajeros como Clark (5) y Belcastel (4) comenzaron a promover Tenerife como un destino terapéutico, destacando las bondades de su clima. Esta visión fue reforzada en 1889 por Zerolo (2), y más adelante por Arias de Reina (6) y Bassols i Prim (3), quienes subrayaron el potencial sanitario de la isla, a pesar de sus deficiencias en materia de higiene y alojamiento.

En este contexto, se fundó en 1886 el Orotava Grand Hotel, el primer intento serio de establecer Tenerife como destino terapéutico, dando inicio al turismo de salud en la isla. En 1890, se inauguró el Gran Hotel Taoro, un establecimiento de lujo para una clientela europea selecta. Sin embargo, la falta de demanda y una planificación financiera deficiente llevaron a su rápido declive (7).

En el siglo XX, la respuesta institucional frente a la tuberculosis se estructuró de forma más organizada, como se evidenció en el proyecto del Sanatorio de Las Cañadas del Teide. Aunque en 1924 se completó su primera fase, el proyecto nunca se finalizó, reflejando la continua aspiración de Tenerife a contar con un sanatorio antituberculoso (8).

En 1928, la inauguración del Dispensario Antituberculoso Primo de Rivera, impulsado por Ricardo Castelo Gómez (9) (10), supuso un paso importante en la lucha contra la tuberculosis. Aunque con recursos limitados y condiciones deficientes, fue esencial para comenzar a sensibilizar a la población sobre la enfermedad. Que a partir de 1927 se empezara a considerar la tuberculosis como un problema social facilitó la aparición de proyectos organizados de respuesta, como el propuesto por Cerviá (1, p89).

LA UNIDAD ANTITUBERCULOSA TOTAL: UTOPÍA SANITARIA TRUNCADA POR LA GUERRA

El proyecto de Cerviá en los años previos a la Guerra Civil española representa uno de los momentos de mayor lucidez y ambición técnica en la historia de la lucha antituberculosa en Tenerife. Inspirado por el modelo de "unidad tuberculosa total" propuesto por el tisiólogo catalán Luis Sayé i Sempere, Cerviá lo adaptó a las particularidades geográficas, sociales y económicas de Tenerife, simplificándolo en algunos aspectos. El resultado fue un entramado coordinado de dispositivos sanitarios —dispensarios, sanatorios, campañas educativas y un sistema de vigilancia epidemiológica— orientados a contener y eventualmente erradicar la enfermedad en el territorio insular. Esta visión integradora se adelantaba a su tiempo, apostando por una medicina social que trascendía la respuesta hospitalaria y se adentraba en el terreno de la prevención y la organización racional de los recursos.

En palabras del propio Cerviá: *"Dado el actual momento epidemiológico, la organización antituberculosa en Tenerife necesita una unidad antituberculosa completa o total, compuesta por los siguientes elementos: un dispensario central con acción móvil, un hospital-sanatorio con una obra post sanatorial y una sólida acción de profilaxis infantil*" (1, p.89). A ello añadía la necesidad de implementar una política de *"higiene general indirecta"*, con especial énfasis en tres factores clave que consideraba gravemente deficientes entre las clases trabajadoras de la isla: *"alimentación, vivienda y educación*" (1, p.90). Sus encuestas sobre el proletariado tinerfeño revelaban un nivel de vida muy bajo, que actuaba como caldo de cultivo para la persistencia de la enfermedad.

A partir del esquema epidemiológico propuesto por Biraud, Cerviá situó a Santa Cruz de Tenerife en una fase más retrasada en la evolución de la enfermedad que la del resto de España, un momento incipiente de la llamada "fase de destuberculización", caracterizado por el comienzo del descenso de la mortalidad. Ello implicaba que, aunque se vislumbraba una mejora, la situación seguía siendo crítica y requería una intervención intensiva y sostenida (1, p. 89).

Sin embargo, a pesar de la claridad del diagnóstico, los medios con los que contaba Tenerife para hacer frente a la tuberculosis eran extremadamente limitados. En aquel momento, la lucha antituberculosa se apoyaba únicamente en el Dispensario Antituberculoso Central, inaugurado en Santa Cruz de Tenerife en 1933, y en las escasas camas disponibles en el Hospital Civil Insular.

En este contexto, la dimensión cultural y formativa de la lucha contra la tuberculosis se volvía crucial. Cerviá defendía la necesidad de una obra de sensibilización en todos los sectores sociales, con una atención especial a la clase médica, cuya implicación consideraba imprescindible (1, p. 90).

Pero más allá de las propuestas técnicas y educativas, Cerviá insistía en que el éxito de cualquier política sanitaria dependía de dos pilares fundamentales de alcance nacional. Por un lado, reclamaba una medida legislativa: la declaración obligatoria

de la tuberculosis, condición imprescindible para su control epidemiológico. Por otro, subrayaba la necesidad de una base económica sólida que asegurara la proporcionalidad entre los recursos disponibles y las necesidades reales. En su opinión, esta base debía establecerse mediante seguros sociales u otros mecanismos eficaces, ya que consideraba insuficiente confiar únicamente en el esfuerzo del Estado para lograr una cobertura adecuada (1, p. 90).

La unidad tuberculosa total se alzaba como un intento serio de respuesta, tanto científica como política. No obstante, el estallido de la Guerra Civil truncó el desarrollo del proyecto. La militarización de la sanidad, la represión ideológica y la redistribución forzosa de recursos hicieron inviable cualquier programa de alcance territorial amplio. La utopía sanitaria de Cerviá, concebida en un momento de esperanza y reconstrucción social, quedó así interrumpida por una fractura histórica que redefinió por completo las prioridades del sistema médico en España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cerviá Cabrera, T. (1936). Estudios sobre la endemia tuberculosa en Santa Cruz de Tenerife (Tesis doctoral).

2. Zerolo Herrera, T. (1889). Climatoterapia de la tuberculosis pulmonar en la Península Española, Islas Baleares y Canarias. Santa Cruz de Tenerife, imprenta de Vicente Bonnet.

3. Bassols i Prim, A. (1889). Climatoterapia española en la tisis pulmonar. Barcelona, Jaime Seix, Editor.

4. Belcastel, G. del. (2004). La Orotava y la magia de su clima (C. G. de Uriarte & C. Curell, Introd. y Trad.). Santa Cruz de Tenerife, ediciones Idea.

5. Clark, J. (1841). The sanative influence of climate. London, John Murray; John Churchill.

6. Arias de Reina, J. (1887). La Isla de Tenerife. Estación Sanitaria Permanente. Diario de Tenerife, 1510 (6), 1512–1514 (1891).

7. González Lemus, N. (2002). Del Hotel Martiánez al Hotel Taoro: Historia de la primera empresa turística de Canarias. Santa Cruz de Tenerife, Búho Ediciones.

8. de Ory Ajamil, F. (2019). El asentamiento de población en Las Cañadas del Teide: Estudio histórico de su ocupación (1910–2019). Revista de Historia Canaria, 201, 153–183.

9. Castelo, R. (1928, 2 de octubre). De la organización antituberculosa en Tenerife. Gaceta de Tenerife, 1.

10. Cerviá Cabrera, T. (1928, 21 de octubre). ¡Ya tenemos dispensario! Gaceta de Tenerife, 1.

Los orígenes de la vacunación sistemática frente a la rubeola en España

David Sánchez-Herrera
Facultad de Medicina de Ciudad Real, Universidad de Castilla-La Mancha
uvial@hotmail.com

&

Lourdes Mariño
Facultad de Medicina de Ciudad Real, Universidad de Castilla-La Mancha
lourdes.marino@uclm.es

&

María Victoria Caballero
Facultad de Medicina de Ciudad Real, Universidad de Castilla-La Mancha
mvictoria.caballero@uclm.es

&

María Isabel Porras
Facultad de Medicina de Ciudad Real, Universidad de Castilla-La Mancha
mariaisabel.porras@uclm.es

INTRODUCCIÓN

La rubéola es una enfermedad vírica generalmente benigna que cursa con fiebre o febrícula y exantema maculopapular difuso. Es moderadamente contagiosa y se transmite por las gotitas de saliva o contacto directo con personas infectadas. Su importancia como problema de salud pública deriva de su capacidad para infectar a mujeres embarazadas (especialmente al inicio) y producir efectos teratogénicos, que incluyen aborto espontáneo, muerte fetal y el síndrome de rubeola congénita (SRC) en recién nacidos.

En España, el programa nacional de vacunación frente a la rubeola se inició en 1978, dirigido a niñas de 11 años, pero en 1973 se propuso su inclusión en el plan de vacunación de Barcelona para niñas de 12-14 años. En 1981, se introdujo la vacuna triple vírica (TV: sarampión, rubéola y parotiditis) para niñas y niños de 15 meses y la vigilancia y el control de la rubeola se incluyó en el listado de enfermedades de declaración obligatoria (1).

Combinando fuentes demográfico-sanitarias y prensa científica, el objetivo de este trabajo es analizar el surgimiento de la primera iniciativa para incluir la

vacuna contra la rubeola en Barcelona en 1973 dentro del Plan de Vacunación continuada de la población infantil y las acciones desarrolladas desde el Centro Nacional de Virología y Ecología Sanitarias de Majadahonda para establecer la inmunización de la población española contra la rubeola. Este estudio de caso, analizado desde la historia social de la medicina, permitirá advertir las tradiciones sobre las que se apoyaron, los condicionantes que operaron en las prácticas desarrolladas desde Barcelona y Madrid al final de la dictadura franquista e inicio de la transición democrática, y los resultados alcanzados en este proceso particular de construcción de la salud fetal y de los recién nacidos.

El interés histórico-médico por la rubeola en España es bastante reciente (2, 3) y, hasta ahora, no se ha analizado lo que abordamos en este trabajo. Los estudios existentes provienen fundamentalmente de la salud pública y se han centrado generalmente en evaluar el impacto de la introducción de la vacunación, particularmente de la triple vírica (4, 5).

ANTECEDENTES DE LA INTRODUCCIÓN DE LA VACUNACIÓN SISTEMÁTICA CONTRA LA RUBEOLA

Las iniciativas desplegadas en Barcelona y Madrid para introducir y generalizar la inmunización contra la rubeola se apoyaron en tradiciones previas de administración de vacunas contra la viruela y la difteria entre finales del siglo XIX y primeras décadas del XX. Tras el escaso éxito de la creación del Instituto Nacional de Vacunación (1871) y del Instituto Nacional de Higiene y Bacteriología (1894), se creó el Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología de Alfonso XIII en Madrid en 1899 para producir sueros y vacunas y desarrollar la investigación microbiológica (6). Este instituto produjo y aplicó vacunas contra la viruela, la rabia, la fiebre tifoidea, el cólera, la disentería, la difteria… antes de la guerra civil.

Los laboratorios municipales desempeñaron también un papel significativo en la producción y administración primeramente de la vacuna contra la viruela y, posteriormente, de otras vacunas que estuvieron disponibles. Los que alcanzaron mayor importancia fueron los de Madrid, Barcelona y Valencia. El Laboratorio municipal de Madrid, creado en 1877, estableció un Servicio de Suero antidiftérico en 1896, y alcanzó mayor desarrollo tras la incorporación del farmacéutico César Chicote como director en 1898. Produjo varias vacunas, entre ellas una contra complicaciones de la gripe, durante la pandemia de 1918-1919. En 1931, creó un Centro de vacunación y, en colaboración con el Registro civil, estableció un programa de vacunación contra la viruela para recién nacidos (7).

En Barcelona, destacó la labor del Instituto Municipal de Higiene, creado en 1891, que permitió alcanzar importantes coberturas vacunales frente a la viruela, la difteria y la BCG antes de la guerra civil. Un instrumento clave fue su programa de vacunación contra la viruela de 1917, que incluía mecanismos administrativos para facilitar la vacunación sistemática y conocer la cobertura vacunal. Estos elementos integraron luego el Plan de vacunación continuada de Barcelona, trasladado después contra la difteria, que alcanzó mayor desarrollo en la década

de 1930, cuando se contó también con la iniciativa de Andrés Martínez Vargas en el dispensario de la facultad de Medicina de Barcelona. Este pediatra publicitaba los beneficios de la vacunación contra la difteria y denunciaba la persistencia de la enfermedad en diversos foros, como la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona (8). Martínez Vargas atribuía los casos de difteria a la falta de continuidad en la vacunación. En 1934, desde el Instituto se propuso intensificar la administración de vacunas a la población infantil estableciendo mecanismos de coordinación entre el Registro civil y la población, y la colaboración de los centros municipales con los médicos de ejercicio libre (9).

Nuevas iniciativas del Instituto Municipal de Barcelona se sucedieron desde la década de 1950 para extender la administración de las vacunas DTP, BCG, antitífica y, luego, contra la polio tras instaurarse la primera campaña nacional de vacunación con vacuna oral Sabin en 1963. El aumento de inmunizaciones disponibles contra enfermedades infecciosas de la infancia exigió actualizar el calendario de vacunación infantil en Barcelona en 1968 y cambios de estrategias para extender las prácticas vacunales y conocer las coberturas alcanzadas.

LA INTRODUCCIÓN DE LA VACUNACIÓN SISTEMÁTICA CONTRA LA RUBEOLA EN ESPAÑA

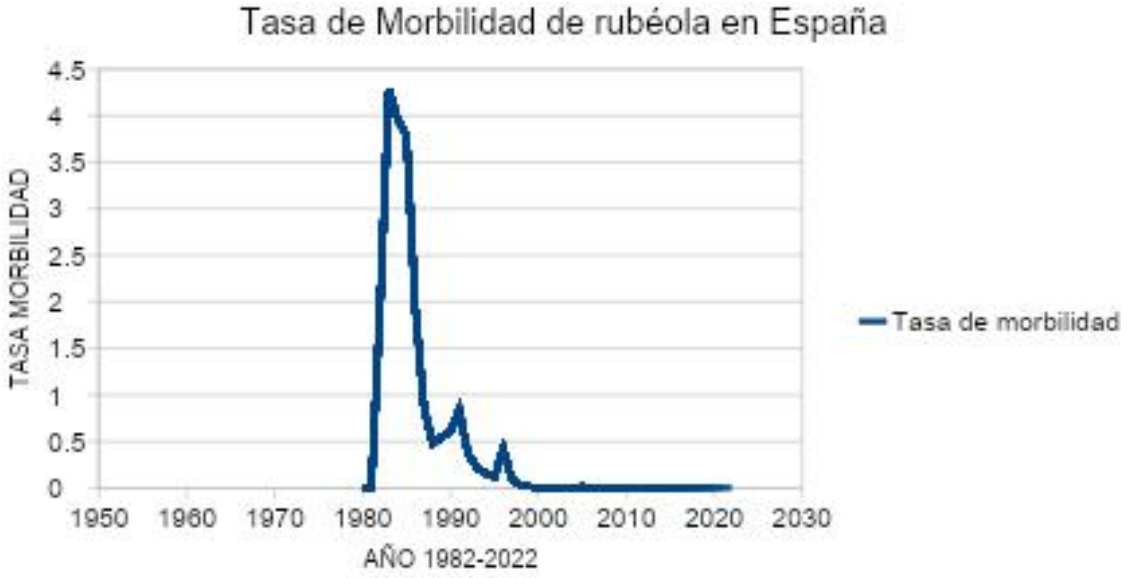
Las iniciativas desarrolladas en la ciudad de Barcelona crearon una organización sistemática de la vacunación y calendarios municipales de vacunación, reevaluados y modificados periódicamente para superar las limitaciones existentes y generalizar las inmunizaciones entre la población infantil.

Una de las limitaciones tras la instauración del calendario de vacunación de 1968 fue conocer el estado de vacunación de la población infantil, pese a la introducción de una ficha para cada niño o niña vacunados en el Instituto Municipal de Higiene. La razón era que las iniciativas municipales no integraban toda la práctica vacunal. Quedaba fuera la efectuada por pediatras y médicos de cabecera, como recogió el Plan de vacunación continuada presentado por Agustí Pumarola Busquets, director del Instituto Municipal de Higiene y catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona, en diciembre de 1972 en la Academia de Medicina de Barcelona (10). Este Plan buscaba fomentar la vacunación (y revacunación) desde el nacimiento hasta los 14 años para reducir la morbi-mortalidad por enfermedades infecciosas. Se concebía complementario de las campañas nacionales de vacunación, contaba con la colaboración de la Seguridad Social y la Sanidad Nacional provincial, y se instauró en enero de 1973. Este calendario de vacunación incluía la vacuna de la rubeola para niñas de 12-14 años.

A nivel nacional el calendario de vacunación infantil se aprobó en 1975, en el nuevo contexto de la transición democrática, pero su aplicación práctica se demoró. Fue consecuencia de acciones previas desplegadas en el Laboratorio de rubeola, creado en 1969 en el Centro de Majadahonda. Este laboratorio gestionó la participación de España en algunos ensayos clínicos efectuados con vacunas foráneas contra la rubeola en Madrid y Navarra al inicio de la década de

1970. Coordinó las campañas piloto efectuadas en España en 1975 (en niñas de 11 años) y en 1976 (en niñas de 13 años) (11, 12).

A la vista de los resultados obtenidos, la experiencia de Barcelona y las recomendaciones de la OMS, en 1978, la vacuna de la rubeola se incluyó en el calendario nacional de vacunación para las niñas de 11 años. Esta estrategia se mantuvo en los años siguientes y, en 1981, se introdujo la vacuna triple vírica para niños y niñas de 15 meses. Su impacto positivo puede verse en la gráfica 1, al igual que el de la adición, en 1996, de una segunda dosis de TV a los niños y niñas de 11 años de edad. Las elevadas coberturas vacunales mantenidas en España redujeron drásticamente los casos y brotes, y colocó a nuestro país en situación de eliminación de la rubeola desde 2015.



Gráfica 1 Elaboración propia con datos del INE y del Centro Nacional de Epidemiología

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Este trabajo forma parte del proyecto SBPLY/23/180225/000240, financiado por la UE a través del FEDER y por la JCCM a través de INNOCAM, del proyecto financiado por la UCLM-Fondos FEDER (ref. 2022-GRIN-34257) y de la tesis doctoral de David Sánchez-Herrera.

BIBLIOGRAFÍA

1. Centro Nacional de Epidemiología, Centro Nacional de Microbiología. CIBERESP. CIBERINFEC. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Ministerio de Sanidad. Plan de Eliminación del Sarampión y la Rubeola en España. Informe anual 2023. Madrid, 17 de octubre de 2024. Disponible en https://cne.isciii.es/documents/d/cne/informe_sar-rub_2023-4

2. Sánchez-Herrera Laguna, David; Velasco-Martín, Marta; Porras-Gallo, María-Isabel (2024), Impacto y gestión del problema de la rubéola en algunas comunidades autónomas de España (1982-2022), ponencia presentada al X Taller de Historia social de la salud y la enfermedad en Argentina y América Latina (Santa Fe, 16-18 octubre 2024).

3. Sánchez-Herrera Laguna, David; Velasco-Martín, Marta; Porras-Gallo, María-Isabel (2025), The prevention of the Congenital Rubella Syndrome in Spain (1982-2022), comunicación presentada en la ESSHC Leyden, 26-29 marzo 2025.

4. Suárez Estrada, Juan (1991), Prevalencia de anticuerpos protectores frente a sarampión, rubeola y parotiditis en la población infantil del área sanitaria de León. Tesis de doctorado presentada en la Universidad de Oviedo.

5. Limia Sánchez, Aurora; Molina Olivas, Marta (2015), Programa y coberturas de vacunación frente a sarampión y rubeola en España: retos para alcanzar su eliminación, Revista Española de Salud Pública, 89(4), 357-364. https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272015000400004

6. Porras Gallo, María Isabel (2019), El Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII: origen, creación y labor desempeñada. En Carrascosa, Alfonso-V.; Báguena, María-Jose, eds. El desarrollo de la microbiología en España, vol. 1, Madrid, Fundación Ramón Areces, pp. 69-103.

7. Báguena, María-José; Porras, María-Isabel (2021), The rise and fall of state vaccine institutions in Spain (1871-1986). En Blume, Stuart; Baylac-Paouly, Baptiste, eds. Immunization and States. The Politics of Making Vaccines, London-New York, Routledge, pp. 44-64.

8. Martínez Vargas, Andrés (1930), La difteria en Barcelona, Anales de la Real Academia de Medicina de Barcelona, 132-146.

9. Villalbí, Joan R. (1991), Una perspectiva sobre els progames de vacunaciò à Barcelona: el cas de la poliomielitis. En Cent anys de Salut Pública a Barcelona. Institut Municipal de la Salut, Barcelona, Ayuntament de Barcelona, pp. 157-169.

10. Pumarola Busquets, Agustín (1973), Plan de vacunación continuada de la población infantil de Barcelona, Anales de Medicina y Cirugía, 53(233), 215-233.

11. Porras, María Isabel; Báguena, María José (2020), El papel desempeñado por los médicos, el gobierno y la OMS en la implementación de las encuestas serológicas sobre polio, sarampión y rubeola en España (1958-1978), Asclepio, 2020, 72(1), 295, en https://acortar.link/JIvc42.

12. Caballero, María Victoria; Porras, María Isabel; Mariño, Lourdes (2023), Introducción y aplicación de la vacuna triple vírica en España y en las Comunidades Autónomas, 1981-2018. En Velasco Martín, Marta; Mariño Gutiérrez, Lourdes, Porras Gallo, María Isabel, coord. Estandarización y aplicación de sueros y vacunas en España (1894-2018), Madrid, Los Libros La Catarata, pp. 263-293.

Efectos de la pandemia de COVID-19 en el control de la tosferina en España (2000-2024)

Pedro Luis Romera
Facultad de Medicina de Ciudad Real,
Universidad de Castilla-La Mancha
pedroluis.romera@uclm.es

&

Victoria Caballero
Facultad de Medicina de Ciudad Real,
Universidad de Castilla-La Mancha
mvictoria.caballero@uclm.es

&

María Isabel Porras
Facultad de Medicina de Ciudad Real,
Universidad de Castilla-La Mancha
mariaisabel.porras@uclm.es

INTRODUCCIÓN

La tosferina, enfermedad respiratoria producida por la bacteria *Bordetella pertussis,* causa una elevada morbimortalidad en niños, especialmente en lactantes por la tos paroxística prolongada que la acompaña. Suele cursar con brotes epidémicos cada 3-5 años. Vacunas contra la tosferina se usaron antes de la Guerra Civil y, sobre todo, desde la década de 1940, pero la inmunización contra esta enfermedad no se generalizó hasta la introducción de la vacuna triple bacteriana DTP (difteria, tétanos, tosferina) en 1965, conjuntamente con la de la polio. Estas vacunas y la del sarampión formaron parte del primer calendario de vacunación infantil aprobado en España en 1975, tras el establecimiento del Programa Ampliado de Inmunización por la OMS en 1974.

Las diversas estrategias de inmunización y el uso de distintos tipos de vacunas lograron reducir la morbilidad y mortalidad por tosferina en España al finalizar el siglo XX, pero en 2005 reapareció, motivando el diseño y aplicación de nuevas estrategias para controlar la enfermedad. Sin embargo, una importante epidemia se ha registrado en España en 2023-2024, con algunas diferencias entre comunidades autónomas (CCAA).

Combinando fuentes demográfico-sanitarias (INE), epidemiológicas del Instituto de Salud Carlos III, documentación de la OMS, del ECDC y del Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud, prensa científica y general, el objetivo principal de este trabajo es evaluar el impacto de la pandemia COVID-19 en el control de la tosferina en España y una selección de sus CCAA (Andalucía, Castilla-La Mancha, Cataluña, Madrid, País Vasco), describiendo el brote de 2023-2024, comparándolo con lo sucedido en Europa y evaluando la eficacia de las nuevas estrategias de inmunización, como la vacunación de embarazadas. Nuestro acercamiento combina el método epidemiológico con el estudio de caso desde la perspectiva de la historia social de la medicina.

REEMERGENCIA DE LA TOSFERINA EN ESPAÑA EN EL SIGLO XXI Y ADOPCIÓN DE NUEVAS ESTRATEGIAS

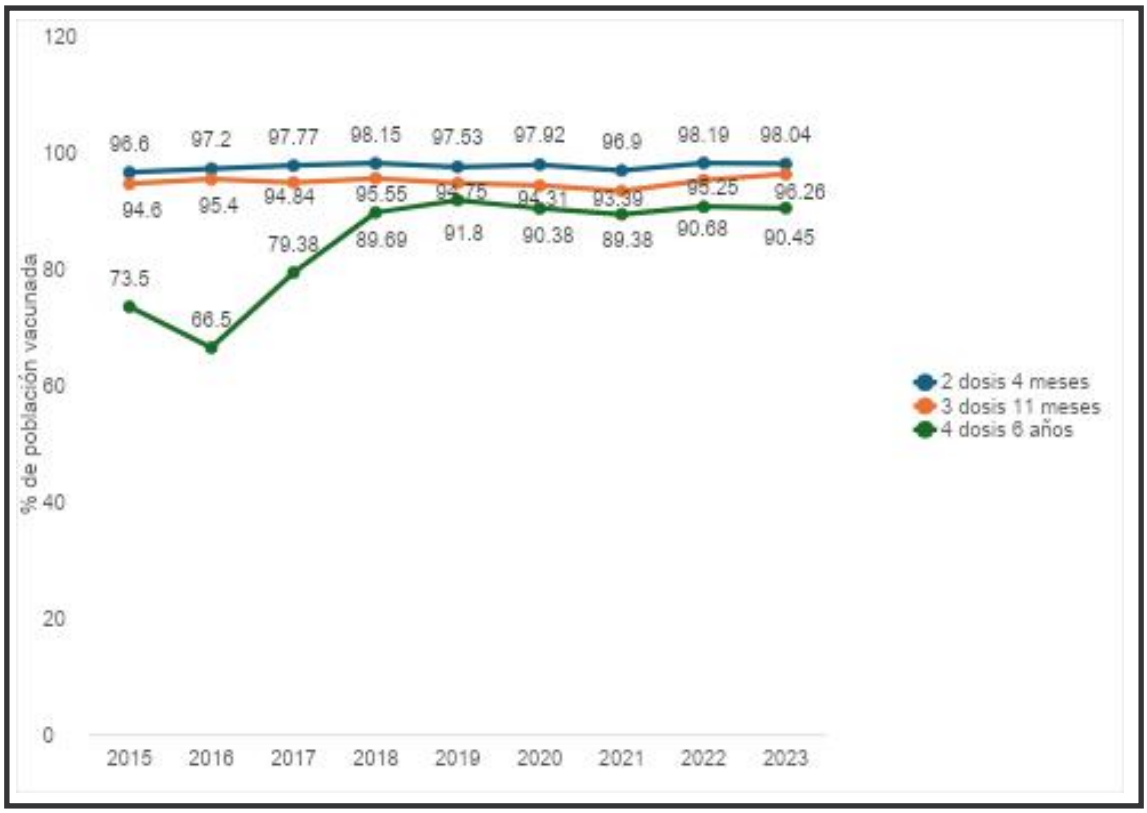
Tras la importante reducción de la morbilidad y de la mortalidad en el siglo XX, que posibilitó que no se registrara ninguna muerte entre 1986 y 2000, la tosferina reemergió, pese al mantenimiento de elevadas coberturas de vacunación con la primera dosis (1). Esta situación motivó la introducción de nuevas estrategias de inmunización. En 2001, se administraba la DPT a los 2, 4 y 6 meses con una dosis de recuerdo a los 15-18 meses, y una quinta dosis de DPT o DT a los 4-6 años. En 2005, se decidió sustituir la DPT por la triple acelular (DTPa) en la primera dosis, y, en 2007, se aprobó aplicar la DTPa en todas las dosis administradas. Se buscaba mayor tolerancia por ser menos reactógena (2).

Estos cambios no solo no lograron reducir el número de casos de tosferina, sino que se produjo un incremento en la segunda década del siglo XXI y una elevación de la mortalidad, particularmente entre los recién nacidos. El mayor número de muertes (8 fallecidos) en España se registró en 2011 y 2015, varias de ellas correspondieron a lactantes no vacunados o no completamente inmunizados (3). En esta situación y dado que buena parte de los contagios ocurría en el entorno familiar, en 2015, se decidió introducir la denominada “estrategia del nido” en las diferentes CCAA[1], que consistía en administrar la vacuna DTPa acelular a las mujeres embarazadas entre la semana 27 y la 36 (4). Nuevos cambios se efectuaron en 2017, consistentes en la administración de dos dosis de primo vacunación a las 2 y 4 meses y dos dosis de refuerzo a los 11 meses y los 6 años con la vacuna DTPa-VIP.

Esta nueva estrategia se acompañó de una reducción significativa en la mortalidad, pero no logró evitar la epidemia ocurrida en 2023 y 2024 (5), pese al mantenimiento de elevadas tasas de cobertura de vacunación. Desde que se instauró la estrategia del nido, dicha cobertura ha oscilado entre el 96% y el 97% para la primo-vacunación con dos dosis (a los 2 y 4 meses), alcanzando el 98% en 2022 y 2023. La cobertura con la tercera dosis de DTPa, que se administra a los 11 meses de edad, disminuye en torno a 3 puntos porcentuales de media, oscilando entre el 94% y el 95 % (coberturas que se consideran aún muy altas

1. Esta estrategia se aplicaba desde 2014 en Cataluña.

y aceptables), alcanzando el 96% en 2023. Sin embargo, la cobertura con dTpa para la cuarta dosis, que se aplica a los 6 años de edad, presenta valores inferiores, que oscilan entre cifras muy bajas en los primeros años de la estrategia del nido (73,5%, 66,5% y 79,3% en 2015, 2016 y 2017, respectivamente), para luego ascender y situarse en torno al 90%, aunque en 2018 y 2021 no se superó el 89% (Gráfica 1).



Gráfica 1 Cobertura de vacunación en España con DTPa incluida en vacuna hexavalente a los 2, 4 y 11 meses del calendario de vacunación infantil y con dTpa dosis de recuerdo a los 6 años. Elaboración propia a partir de los datos aportados por el Ministerio de Sanidad. Fuente Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud, programa SINAVIM. Informes de evolución de cobertura de vacunación por vacuna y año.

Se advierten diferencias entre las CCAA estudiadas, destacando coberturas algo menores para la tercera dosis en País Vasco, Cataluña y Madrid, respecto de las cifras nacionales, pero también superiores en Andalucía. Algunos de los valores menores coinciden con los años de implantación de la estrategia del nido, cuando en algunas comunidades hubo escasez de vacunas. Las coberturas menores para la cuarta dosis son comunes en las cinco CCAA estudiadas con valores inferiores a los de España algún año, como en País Vasco y Andalucía en 2016 (51,9% y 54%, respectivamente), y en Cataluña en 2017 (44,97%), quizás por similares razones a lo ocurrido con la tercera dosis. Aunque en el País Vasco esta cobertura ascendió en 2018 hasta el 96,9%, superando las de la primo-vacunación ese año y los siguientes, salvo en 2020. Valores superiores a los del conjunto de España se han registrado generalmente a partir de 2021 en las cinco CCAA estudiadas, salvo en Castilla-La Mancha, donde se produjo un descenso por debajo del 90% en 2022 y 2023, años en los que también bajó la cobertura de la primo-vacunación, quizás por impacto negativo de la pandemia de COVID-19.

LA EPIDEMIA DE TOSFERINA DE 2023-2024 Y POSIBLES RAZONES DE SU APARICIÓN

En 2023-2024, se desarrolló una nueva epidemia de tosferina en España, que alcanzó mayor gravedad en 2024, notificándose 30.889 casos y convirtiéndola en la más grave por esta enfermedad desde 1989. Sin embargo, solo hubo 5 muertes, 3 de ellas en lactantes. Dos de sus madres no habían sido vacunadas durante el embarazo y la tercera recibió la vacuna 5 días antes del parto.

La epidemia de 2024 afectó de modo diferente por comunidades. Aunque no se dispone aún de todos los datos, el mayor impacto fue en Cataluña, seguida por Andalucía y, en tercer lugar, Madrid. La población de 10-14 años fue la más afectada en las tres CCAA, mientras que en 2023 fueron los menores de 1 año y la de 5-9 años.

Una epidemia similar ocurrió en los otros países europeos, con más casos notificados en 2024, aunque hubo diferencias según países, al igual que respecto de los grupos etarios más afectados. Generalmente, afectó más al grupo de 15-19 años en 2023 y al de 10-14 años en 2024. Este último grupo coincide con los datos de las CCAA estudiadas. Esto parece indicar la necesidad de mejorar las coberturas de vacunación para la cuarta dosis y promover la administración de una nueva dosis en la adolescencia, como propone la Asociación Española de Pediatría (AEP) (5).

Más allá de la posible vulnerabilidad de los grupos de edad señalados, la epidemia de 2023-2024 sería consecuencia en buena medida de los cambios registrados con motivo de la pandemia de COVID-19 y de las medidas adoptadas. Las epidemias de tosferina ocurren en el mundo occidental cada 3-5 años, pero el uso de mascarillas en espacios públicos y cerrados, y el confinamiento, provocaron una incidencia casi nula de la enfermedad de 2020 a 2022, dado que la circulación de esta patología respiratoria estaba dificultada. Esta circunstancia cambió tras el fin de las medidas en abril de 2022 y el comienzo de la circulación de virus y bacterias de transmisión respiratoria entre grandes bolsas de población susceptible no expuesta a estos gérmenes en los últimos años.

La AEP y la Sociedad Española de Vacunología añaden una tercera causa de la epidemia de 2023-2024: la disminución de protección de la vacuna a los cinco años de su administración y que no actúa sobre los portadores, que desempeñan un papel clave en el aumento cíclico de casos.

El caso estudiado muestra la eficacia de las nuevas estrategias de inmunización adoptadas contra la tosferina, pero revelan también la fragilidad del mantenimiento de buenas coberturas de vacunación suficientes para controlar la enfermedad. Se necesita mantener estrategias existentes como la vacunación de las embarazadas, añadir nuevas, como dosis de recuerdo en adolescentes (12-14 años) y desarrollar nuevas vacunas que generen inmunidad más duradera, como han propuesto ambas sociedades científicas, pero no se deben olvidar las mejoras socio-sanitarias y la educación sanitaria.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Este trabajo forma parte del proyecto SBPLY/23/180225/000240, financiado por la UE a través del FEDER y por la JCCM a través de INNOCAM.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sizaire, V.; Garrido-Estepa, M; Masa-Calles, J; Martínez de Aragón; M V (2014), Increase of pertussis incidence in 2010 to 2012 after 12 years of low circulation in Spain, Eurosurveillance, 19(32), 20875, en https://bit.ly/3DUN2gQ.

2. Romera, Pedro Luis (2023), Administración e impacto de la vacuna combinada DTP (difteria, tétanos, pertussis) en España y Comunidades Autónomas, 1981-2018. En: Velasco Martín, Marta; Mariño Gutiérrez, Lourdes, Porras Gallo, María Isabel, coords. Estandarización y aplicación de sueros y vacunas en España (1894-2018), Madrid, Los Libros La Catarata, pp. 201-233.

3. Caballero, María Victoria; Romera, Pedro Luis; Porras, María Isabel (2019), El impacto de la inmunización con triple bacteriana (difteria, pertussis, tétanos, DPT) en España y Castilla-La Mancha en la morbimortalidad (1980-2016), comunicación oral presentada al Congreso de la ADEH (Oporto, 4-9 septiembre 2019).

4. Torres de Mier, María de Viarce; López Perea, Noemi; Masa Calles, Josefa; RENAVE (2018), Situación de la tosferina en España 1998-2016. Análisis preliminar del impacto de vacunación de tosferina en embarazadas, Boletín epidemiológico semanal, 26(4), en https://bit.ly/3YjjbXo.

5. Porras, María Isabel; Romera, Pedro Luis; Caballero, María Victoria (2025), New strategies for preventing whooping cough beyond infantile vaccination, comunicación presentada en la ESSHC Leyden, 26-29 marzo 2025).

VARIA. 2

INSTITUCIONES, POLÍTICAS DE SALUD

La Facultad de Medicina de la Universidad de Lima: poderes enfrentados, fundación y desarrollo (1634-1711)

Mariana Ladrón de Guevara Zuzunaga
Universidad Pablo de Olavide
mladzuz@upo.es

INTRODUCCIÓN

La Universidad San Marcos de Lima, a diferencia de la de México, fundó tardíamente sus cátedras de Medicina. Estas fueron impulsadas principalmente por la enorme falta de médicos acreditados en el territorio y la necesidad de conservar la salud de los habitantes del reino, debilitada constantemente por epidemias. Virreyes como el conde de Chinchón (1629-1639), el conde de la Monclova (1689-1705) y Ladrón de Guevara (1710-1716) se interesaron por la fundación de las cátedras de la nueva facultad (Prima y Vísperas en 1634, Método en 1691 y Anatomía en 1711 respectivamente), las dotaron de rentas y además, aprovecharon esas nuevas plazas para posicionar a sus médicos personales.

El objetivo de este trabajo es analizar el proceso de fundación de las cátedras de Medicina de la Universidad de Lima y estudiar los inconvenientes a los que se enfrentaron los poderes universitarios y virreinales en su gestión y gobierno. Para ello, hemos recurrido a documentación administrativa de los virreyes (Archivo General de Indias), especialmente cartas e informes; documentación institucional de la Universidad, como sus constituciones, y documentación protocolar (Archivo General de la Nación). A partir de este breve estudio se plantean las características del proceso fundacional y los principales obstáculos del funcionamiento de la Facultad, fundamental para comprender las dinámicas de poder entre la Universidad, el Tribunal del Protomedicato y gobierno virreinal.

FUNDACIÓN DE LAS CÁTEDRAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA (1634-1711)

Cuando la Universidad San Marcos fue fundada en 1551 se inauguraron las facultades de Cánones, Leyes, Teología, Quechua (o “la de la lengua de los indios”) y, en principio, también una de Medicina (1, fol. 68r). Sin embargo, esta no inició su funcionamiento efectivo junto a las previamente mencionadas, pues dieron prioridad a las que formaban a juristas y religiosos, esenciales para afianzamiento del gobierno castellano en Indias.

Durante un siglo el Virreinato del Perú no tuvo médicos licenciados en los claustros de su Universidad. Esto no significó, de ninguna forma, que no hubiesen médicos

en el territorio, pero estos no lograban cubrir las necesidades de una población en constante crecimiento que era azotada por epidemias continuamente (1). Además, los galenos acreditados por universidades eran la minoría y se quejaban frecuentemente de los médicos indígenas, quienes curaban mediante tratamientos basados en plantas del territorio y técnicas incaicas, además, de acusarlos de usar la magia y la chamanería (1, 68r-68v). Debemos tener en cuenta que estos argumentos provenían también de un reclamo económico, pues los médicos acreditados vieron reducido su número de pacientes.

Por estas razones, durante el gobierno del virrey conde de Chinchón (1629-1639), se reanimaron las gestiones para la fundación de la Facultad de Medicina. Su médico de cámara, Juan de Vega, sugirió que las cátedras fuesen financiadas por el estanco del solimán (mercurio), sin prejudicar la Hacienda Real (2, fol. 146r). Tras consultas al Consejo de Indias y un informe de la Universidad entregado al virrey, las cátedras fueron fundadas oficialmente tras la aprobación del claustro universitario el 22 de noviembre de 1634 y fueron dotadas de mil pesos, seiscientos para la de Prima y cuatrocientos para la de Vísperas (3, p. 16; 1, fol. 101v).

Como universidad virreinal, el nombramiento de los primeros catedráticos de una fundación *ex novo* se reservaba al virrey, quien podía sugerir a personas que considerase las más idóneas para el puesto. En este caso, de Vega fue nombrado primer catedrático de Prima y, José Andrés de la Rocha, el primero de Vísperas, ambos formados en la Universidad de Sevilla (1, fol. 104v).

En 1662 se intentó fundar las cátedras de Método y Anatomía, pero no entraron en funcionamiento a pesar de que el virrey conde de Santisteban (1661-1666) y la Real Audiencia lo aprobaron (3, p. 17). No fue hasta el gobierno del virrey conde de la Monclova (1689-1705) cuando la cátedra de Método fue fundada, sin una dotación económica específica, en el claustro celebrado el 11 de mayo de 1691 (3, p. 18). En este caso, el primer catedrático fue Francisco de Vargas Machuca, allegado del médico del conde, Francisco Bermejo y Roldán, quien en ese momento era rector de la Universidad y catedrático de Prima (4, fol. 4r).

Finalmente, la cátedra de Anatomía fue fundada por el virrey Ladrón de Guevara (1710-1716), aprobada en claustro el 21 de febrero de 1711 (3, p. 19). El primer catedrático fue Joseph de Fontidueñas, religioso allegado del virrey, aunque no recibió la aprobación real hasta 1723 (5, fol. 584r). La renta para el salario de doscientos pesos fue colocada en las multas y penas del Protomedicato (6, p. 132)

La financiación de las cátedras a lo largo del siglo fue irregular, pues desde 1638 el estanco del solimán demostró no ser suficiente para proveer los salarios de los catedráticos y es probable que ello retrasó la fundación de las dos últimas (6, fols. 139r-139v). En ocasiones recurrieron a la limosna hasta que el sustento se cambió a las rentas derivadas de los corregimientos, es decir, de la Hacienda Real (7).

INTROMISIONES DEL GOBIERNO VIRREINAL

La supuesta autonomía universitaria se vio vulnerada por los virreyes en los claustros, donde no podían tomar ninguna decisión sin la aprobación del vicesoberano (4, fol. 92v), especialmente en la elección y oposición de las plazas de la Facultad. En principio, las constituciones universitarias amparaban la posibilidad de que, en caso de ser una fundación de cátedra *ex novo*, los virreyes podían sugerir un candidato para el puesto, pero esto se convirtió en una práctica habitual (8). Los virreyes llevaron en su séquito a médicos que, al llegar al territorio andino se integraban en las instituciones ligadas a su oficio y fue común que los virreyes nombrasen como catedrático de Prima al galeno que les servía, como sucedió con Pedro de Requena, médico de cámara del marqués de Mancera (1639-1648), Francisco del Barco, médico del duque de la Palata (1681-1689) y José Miguel de Ossera y Estela, médico del conde de la Monclova (1689-1705) (9). En el caso de Francisco de Toro, médico del conde de Salvatierra (1648-1655), accedió a la cátedra de Vísperas porque en ese momento esta estaba ocupada por Requena y, Francisco Ramírez Pacheco, médico del conde de Santisteban (1661-1666), fue nombrado decano de la Facultad, aunque nunca regentó ninguna cátedra (9, 10).

CONFLICTOS DE JURISDICCIÓN CON EL TRIBUNAL DEL PROTOMEDICATO

Las Leyes de Indias indicaban que, a imagen y semejanza del Protomedicato castellano, el protomédico del reino debía ser el catedrático de Prima (11, p. 140). Como tribunal, tenía una jurisdicción y fuero propios, por lo que la persona que ostentara el cargo tenía el poder para juzgar causas civiles de sus miembros. Sin embargo, durante el siglo XVII hubo protomédicos que también eran religiosos, cuestión que generó un conflicto entre dos jurisdicciones, la canónica y la civil.

En 1716, la cátedra de prima quedó vacante y se convocó a oposición. A esta se presentaron, entre otros, Francisco de Vargas Machuca y Bernabé Ortiz de Landaeta, quienes iniciaron un pleito que duró más de tres años (4). Ortiz defendía que la condición religiosa de Vargas le impedía ser catedrático de Prima porque el Protomedicato, que le correspondía por ley, entraba en conflicto con la jurisdicción eclesiástica. Este pleito no pudo ser resuelto en tierras limeñas, ya que ni la Universidad, el virrey o la Audiencia pudieron llegar a un acuerdo, el cual, finalmente, fue tomado por el Consejo de Indias en 1718. Vargas Machuca regentó la cátedra hasta su muerte en 1720.

CONCLUSIONES

El análisis muestra que el proceso de fundación de las cátedras fue extenso, pues a pesar de haberse creado desde los inicios de la Universidad, nunca fueron dotadas de rentas y su mantenimiento económico continuó siendo un problema a lo largo de todo el siglo. Asimismo, observamos la constante intromisión del poder virreinal en el gobierno de la Universidad, esto difiere de lo que se acostumbró en España, donde las universidades tuvieron una enorme autonomía. En la práctica, el contexto político y las necesidades locales modificaron la ejecución de sus constituciones.

Estudiar el contexto y proceso de la fundación de estos estudios oficiales nos brinda una oportunidad para comprender la difusión de los saberes médicos occidentales y la reglamentación universitaria del oficio sanitario en Indias. Asimismo, ofrece un mirador desde el que analizar el poder virreinal y de qué manera se relacionaban los poderes civiles, académicos y religiosos en la Lima del siglo XVII. Estos párrafos muestran una muy resumida parte de los avances que se están realizando en el marco de mi tesis doctoral.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Investigadora predoctoral contratada en el marco del programa FPU22/01405 del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.

Proyecto ATLANREX, *Una monarquía policéntrica de repúblicas urbanas ante la rivalidad europea en el Atlántico ibérico (1640-1713)* (ref. PID2022-14250INB_I00).

BIBLIOGRAFÍA

1. Archivo General de Indias, Lima, 48, Cartas del conde de Chinchón, carta de gobierno n.º 41, 1637.

2. Archivo General de Indias, Lima, 45, n. 4, Cartas del conde de Chinchón, carta de gobierno n.º 35, 1634.

3. Valcárcel, Carlos (1966), El Libro XIV de claustros de la Universidad de San Marcos, Lima, Ediciones de la Facultad de Letras y Ciencias Humanas.

4. Archivo General de Indias, Escribanía, 519B, pleitos de la Audiencia de Lima, Francisco de Vargas Machuca con Bernabé Ortiz de Landaeta, 1716-1718.

5. Archivo General de la Nación, Nicolás de Figueroa, protocolo 486 (1717-1720).

6. Valdizán, Hermilio (1927), La Facultad de Medicina de Lima, tomo 1, Lima, sin especificar.

7. Archivo General de Indias, Lima, 50, n. 1, Cartas del virrey marqués de Mancera, carta de gobierno n.º 34, 1638.

8. Constituciones de la Real Universidad de San Marcos (1552), Lima, Imprenta de Antonio Ricardo, título sexto de las cátedras y catedráticos, const. LXXXVIII.

9. Eguiguren, L. A. (1912), Catálogo histórico del claustro de la Universidad de San Marcos, Lima: Imprenta El Progreso Editorial.

10. Archivo General de la Nación, Juan Beltrán, protocolo 212 (1696-1697), testamento de Francisco Ramírez Pacheco.

11. Recopilación de las Leyes de Indias (1998), Madrid, Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado, tomo II, libro V, título VI, ley III.

Rebeldes y peligrosos. Los lugares para la discolía juvenil en Antioquia-Colombia. 1920-1940

Erika Giraldo Gallego
Instituto de Historia de la Ciencia.
Universidad Autónoma de Barcelona
erygiraldoga@unal.edu.co

Entre las décadas de 1920 y 1940 en Antioquia-Colombia se pueden rastrear discursos y prácticas que configuraron a un tipo de población específica bajo la categoría de discolía juvenil o de la pubertad. Según los especialistas se trataba de niños "rebeldes y peligrosos" que fueron intervenidos por la psiquiatría, la pedagogía y la psicología experimental dentro de instituciones disciplinarias. En este trabajo se propone un análisis interseccional que tendrá en cuenta el género y la edad como factores que ayudaron a configurar este tipo de infancia. Las fuentes consultadas fueron los informes de Educación Pública, las historias clínicas del Manicomio Departamental de Antioquia y trabajos publicados por especialistas de la época.

La palabra discolía viene del griego *dyskolos,* significa difícil, es equivalente a la del *niño golfo* utilizada en España para referirse a los menores rebeldes. En 1916 el médico español José Sanchis Banús, desarrolló su tesis doctoral *Estudio médico social del niño golfo* (1), en ella señalaba que era un "rebelde, no sujeto a la acción de sus naturales tutores, parásito de las grandes urbes en cuyas calles vive libre e ineducado, burlando la disciplina social" (1). El diccionario de autoridades de la Real Academia Española lo definió como un ser **"**Avieso, indócil, inquieto, difícil de sujetar, alborotador, perturbador de la paz, y peligroso en su compañía" (2).

Hay por lo menos tres contextos en el caso antioqueño en el que es muy importante esta etiqueta. En primer lugar, su asociación con un tipo de instituciones como la Casa de Menores y Escuela de Trabajo y la escuela especial Tomás Cadavid Restrepo. En segundo lugar, el premio otorgado al texto del pedagogo Tomás Cadavid Restrepo *Discolía de la pubertad*. Por último, sus usos como diagnóstico dentro del Manicomio Departamental de Antioquia. Como su nombre lo indica, era una condición característica de la pubertad, (entre los 10 y 15 años de edad), un período fisiológico donde supuestamente se podía producir una crisis a nivel orgánico y mental. También podrían aparecer otras afectaciones psiquiátricas como "la psicosis juvenil o hebefrenia, asociada con la "demencia precoz" (ancestro de la nosografía de esquizofrenia), junto con la criminalidad como desorden de la conducta" (3).

LA DISCOLÍA JUVENIL O DE LA PUBERTAD SEGÚN TOMÁS CADAVID RESTREPO

En 1924 Tomás Cadavid Restrepo ganó un concurso de pedagogía en la Universidad de Antioquia con el texto *Discolía de la Pubertad,* Cadavid fue director de la Casa de Menores y una de las personas que impulsó su reforma de lo punitivo a lo médico-psicopedagógico ya que inicialmente se gestó como una Casa de Corrección. Años después se creó la escuela especial Tomás Cadavid Restrepo (1938), nombrada así gracias a la influencia de este psicopedagogo, dedicada al tratamiento de "niños díscolos y predelincuentes".

Para Cadavid la pubertad era un periodo de la vida considerado como un momento de crisis de los más difíciles, peligrosos y descuidados de los individuos. Esto en parte se debía a la aparición del *surmenage,* condición que se caracterizaba por un debilitamiento de los centros nerviosos, una fatiga patológica, sustentada en la idea de que la mala distribución de las horas de estudio, su exceso y la falta de una actividad física adecuada producían un trabajo intelectual exagerado (4). Esta condición podía atrofiar facultades como la atención, la inteligencia y la afectividad en los individuos. Cadavid insistía en señalar que la etiología de las enfermedades se tornaba particular desde esta edad, donde podían aparecer las intoxicaciones profesionales, las enfermedades venéreas, y condiciones como ciertas lecturas, ciertas conversaciones o estímulos como el teatro, el cine, el consumo de alcohol, la mala educación, todos ellos excitantes negativos del sistema nervioso central (5, p. 23-44).

En ese sentido, la pubertad se consideraba como un periodo de la vida en el cual se producía una mayor vulnerabilidad del organismo lo que convertía el cuerpo en un "terreno arado para los agentes patógenos," (5, p.19) en el que podían aparecer enfermedades preexistentes causadas por la herencia morbosa y por la influencia del medio (5, p. 20), y en el cual "inician sus funciones glándulas que permanecían latentes (testículo y ovario)" (5, p. 23). Junto a estos factores fisiológicos señalaba tres causas más, las nutritivas, las infecciosas y tóxicas, y las psíquicas (5, p. 24), es por lo que para Cadavid gracias a la endocrinología se había logrado demostrar que las glándulas de secreción interna funcionaban sinérgicamente y en el momento que se alteraban, generaban repercusiones en las demás. Estas perturbaciones se reflejaban en el desarrollo físico y psíquico del cuerpo, el sistema nervioso y el metabolismo (5, p. 23). Como parte de la propuesta preventiva Cadavid veía en la educación y la medicina, una forma de evitar los "males sociales", generados por la discolía. Las posibilidades de prevención y corrección se basaban en los preceptos de la higiene física y mental, como, por ejemplo, el trabajo dirigido, las normas higiénicas y morales, el ambiente en el que se desarrollaba el individuo y la obligación de recibir una orientación profesional adecuada. Con respecto a los castigos en casas de corrección, para él, era el último método para la corrección, por el contrario, sería más conveniente atraer la atención del individuo hacia la naturaleza, estimulando el cultivo de la tierra, o enseñándole un oficio que le sirviera de respaldo técnico para la vida (5, p. 48-49).

LA CASA DE MENORES Y ESCUELA DE TRABAJO Y LA ESCUELA ESPECIAL TOMÁS CADAVID RESTREPO

La creación de la Casa de Corrección de Menores y Escuela de Trabajo nació como proyecto biopolítico interesado en la gestión de la infancia delincuente. Aunque su origen en 1914 fue el de ser una correccional, con la reforma de 1920 cambió su orientación de un modelo punitivo a uno médico-psicopedagógico impulsada por el que en ese momento era su director, Tomás Cadavid Restrepo. Su creación no estuvo limitada exclusivamente a su papel como prisión o reformatorio, como institución disciplinar posibilitó que se incluyeran discursos moralizadores y prácticas higiénicas a partir de la introducción de técnicas experimentales de medición, clasificación, observación, corrección, enseñanza, trabajos manuales, orientación profesional, higiene física y mental hacía los internados que fueron clasificados como delincuentes, díscolos o anormales (6, 7 p. 184).

Por su parte, la escuela especial Tomás Cadavid Restrepo surgió por una preocupación por “el creciente número de niños que deambulan por las calles sin control, y sin más protección que la sombra encubridora de sus faltas; que constituían por su temperamento y modales, un problema diario para los padres, las autoridades y los maestros.” (8, p. 293). Su objetivo era devolver a la sociedad a estos niños “curados de su enferma voluntad y aptos para representar un papel beneficioso en esa sociedad que tuvo que apartarlos transitoriamente de su seno.” (9, p. 61). La escogencia del personal también se hacía en las escuelas públicas de Medellín, y su labor estuvo encaminada a la reducación de “díscolos, inestables, turbulentos, agitados”, es decir, a todos aquellos presentaran desviaciones en su carácter. (10, p. 25).

EL DIAGNÓSTICO DE DISCOLÍA JUVENIL EN EL MANICOMIO DEPARTAMENTAL DE ANTIOQUIA

Por último, otro “lugar” para la discolía juvenil fue el Manicomio donde aparece como diagnóstico. Allí, al igual que en las otras instituciones se hizo una asociación directa entre discolía y peligrosidad. También se asoció a comportamientos violentos, a querer huir de casa, ser incorregibles, por actos antisociales como robar, proferir palabras obscenas, y por la práctica de la masturbación. Todas estas características, se hicieron en una lectura que involucró factores de los individuos como su género y edad, asociándolos con los roles sociales establecidos a partir de consensos en relación con lo que significaba ser hombre o mujer. Como ejemplo podemos mencionar a HBJR, de raza blanca, 14 años, estudiante, ingresado al manicomio en 1945 con el diagnóstico de discolía juvenil acusado de tener la “chifladura de ir a conocer el mundo entero” (11), o el caso de AA niño mestizo, de 10 años, que fue ingresado en 1923 y a quien “se le observa siempre un “fondo díscolo especialmente con las hermanas a quienes tenía siempre relativa aversión” (12).

A modo de síntesis podemos señalar que la discolía fue utilizada en el contexto colombiano, a nivel institucional y como etiqueta, esta última se relacionó con la idea de peligrosidad, y fue caracterizada por ser un periodo de la vida de

los individuos donde podía aparecer una crisis "fisiológica y mental". De igual manera se consideró como un problema social susceptible de ser intervenido por saberes como la medicina y la psicopedagogía y por poderes representados en el estado y la religión, esta última, dando pautas morales y de comportamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanchís Banús, José (1916), Estudio médico-social del niño golfo, Madrid, Universidad Complutense de Madrid.

2. Real Academia Española- Diccionario de Autoridades. https://apps2.rae.es/DA.html. Consultado el 26 de marzo de 2025.

3. Gutiérrez, Jairo (2019), Locura y sociedad: Alienismo tardío, psicopatología e higiene mental en la modernidad colombiana 1870-1968, Medellín, Fondo editorial Institución Universitaria de Envigado.

4. Vásquez, María Fernanda (2018), La higiene intelectual infantil o los comienzos de la psiquiatrización de la infancia en Colombia, 1888-1920, Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura, 45,1, pp.105-129.

5. Cadavid Restrepo, Tomás (1924), Discolía de la Pubertad, Medellín, Imprenta Oficial de Medellín.

6. Alzate, Diana Melissa (2016), Pequeños díscolos en la ciudad. La Casa de Menores y la Escuela Tutelar como espacios para el manejo de la infancia trasgresora en el departamento de Antioquia (1915-1938), Anais electrónicos do 15º Seminário Nacional de História da Ciencia e da Tecnologia. Florianiopolis, Universidad Federal de Santa Catarina.

7. Yarza de los Ríos, Alexander (2011), Preparación de maestros, reformas, pedagogía y educación de anormales en Colombia: 1870-1940, Medellín, Universidad de Antioquia.

8. Hernández, Manuel (1943). Escuelas especiales. Medellín, Imprenta Departamental.

9. Palacios, Ismael (1944), Escuela Tomás Cadavid Restrepo. Medellín, Imprenta Departamental.

10. Osorio, Antonio (1947), Memoria de Educación. Medellín, Imprenta Departamental.

11. Historia clínica 7231, Hospital Mental de Antioquia, Laboratorio de Fuentes Histórica, Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín.

12. Historia Clínica 393, Hospital Mental de Antioquia, Laboratorio de Fuentes Histórica, Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín.

La construcción de una política pública en salud para la prevención del bocio en Colombia, 1930-1960

María Camila Núñez Gómez
Universidad de Alicante
mcng5@alu.ua.es

En Colombia hay testimonios del bocio desde la colonia en los que se enfatizaba su prevalencia y urgencia para hacerle frente. Pero es solo hasta principios de la década de 1900 que, bajo una nueva coyuntura epistémica e institucional, el bocio es resignificado y se vuelve el foco de atención y acción de médicos y políticos.

Este trabajo pretende analizar el proceso por el que el bocio fue definido como una enfermedad carencial en la primera mitad del siglo XX en Colombia, llevando al establecimiento de una política de salud pública a nivel nacional para su prevención. Para esto se analizaron las descripciones y definiciones de la enfermedad en informes del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social; del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, del Instituto Nacional de Nutrición y Alimentación; de artículos de médicos colombianos; y, de publicaciones de la Organización Sanitaria Panamericana.

Las fuentes dan cuenta de varias explicaciones de la enfermedad, así como de sus diferentes lugares de producción. Esto permite aproximarse al debate sobre las causas y naturaleza del bocio en el país, el cual dialogaba con una agenda internacional preocupada por la prevención de enfermedades nutricionales. El debate sobre la enfermedad, y su conclusión por intermediación de una arquitectura institucional y la configuración de una experticia particular, resultó en el establecimiento del decreto 591 de 1955 “Por el cual se implanta la elaboración y uso de sal yodada, y se fija un plazo de dos años para la vigencia de tal medida” y su posterior puesta en marcha a inicios de 1960.

Entre los relatos sobre la enfermedad se destacan, a inicios del siglo, los trabajos de los médicos Luis Patiño Camargo en 1935 (1) y Emilio Robledo en 1937 (2). Ambos daban cuenta de la presencia del bocio en Colombia desde años atrás y su carácter endémico, señalando la urgencia de lidiar con él y evitar las graves consecuencias estéticas y de desarrollo físico e intelectual que tenía para la población. Ambos insistían en la necesidad de más estudios, pero Patiño recomendaba, inicialmente, el mejoramiento del agua consumida y la expulsión de parásitos intestinales o el control de los insectos que transmitían la leishmaniasis (1). Robledo, en contraste con Patiño, quien consideraba la falta de yodo solo como una de las causas de la enfermedad, argumentaba que la explicación de la

enfermedad estaba en la falta de consumo de yodo, por lo que evitar su carencia, funcionaría para curar y prevenir el bocio en toda la población (2).

Estos trabajos entran a dialogar con otras publicaciones nacionales e internacionales en medio del posicionamiento de las enfermedades carenciales. A inicios del siglo XX la Organización Sanitaria Panamericana (OSP) ya relacionaba el bocio con un consumo insuficiente de yodo (3) y a mediados de este siglo fue categorizado como una enfermedad de carencia por falta de yodo en los alimentos consumidos (4).

Por ejemplo, en las recomendaciones de la Décima Conferencia Sanitaria Panamericana, llevada a cabo en Bogotá en 1938, se aconsejaba el uso de sal yodada, afirmando que “puede declararse con certeza que ya se ha establecido por completo la profilaxia contra el bocio simple con el yodo, llevándola a cabo en varios países de Europa” (5, s.p.).

Además, el Boletín de la OSP era lugar de discusión del bocio partiendo de la descripción de casos y estrategias de control de los diferentes países, destacando las ventajas del consumo de yodo para la prevención del bocio, entre ellas la yodación de la sal o del agua y la entrega de dulces yodados a estudiantes. Pero, como también sucedía en Colombia, estas propuestas se daban en medio de un escenario de discusiones sobre el abanico de posibles causas del bocio (6).

En 1942, José Francisco Socarrás publicó en los Anales de Economía y Estadística el artículo “Coto y Cretinismo en Colombia”. En este, Socarrás estableció cuatro causas del bocio en el país. La primera, la de mayor relevancia, era el consumo insuficiente del yodo, en tanto que la distribución de la endemia guardaba relación con la clase de sal consumida. En efecto, el médico agrupó a los departamentos colombianos en tres grupos: el primero consumía sal terrestre de las minas de Zipaquirá exclusivamente; el segundo consumía solo sal marítima; y, finalmente, el tercer grupo tenía un consumo mixto de sal. La segunda causa recaía en el consumo excesivo de calcio, debido a su alta presencia en ciertos suelos. La tercera causa era el consumo de aguas duras; y, la cuarta respondía a la relación entre climas medios y cálidos y la presencia de enfermedades infecciosas y carencias vitamínicas (7).

Frente a todo esto, Socarrás sugirió que la solución más inmediata a la endemia era la sal artificialmente yodada, específicamente, la de Zipaquirá, además de la necesidad de políticas apropiadas en materia alimenticia y de acueductos (7).

Así, el bocio estaba llamando la atención de autoridades sanitarias, médicas y políticas, planteándose como un objetivo de acción prioritario, dentro de una agenda en defensa de la nutrición y la alimentación nacional, apoyado por discursos e instituciones internacionales y específicas en temas de nutrición. En efecto, en el informe del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social (MTHPS) de 1943, que presentaba también el plan de cooperación con Estados Unidos en programas de salubridad y saneamiento en Colombia, el bocio se definía como una enfermedad de carencia nutricional y como uno de los mayores estragos en el país (8).

Vale la pena mencionar que pare este momento ya se había instaurado en Colombia una importante cooperación bilateral, así como instituciones que fueron pivótales para la legitimación de la agenda nutricional en Colombia. Entre ellas el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP) establecido en 1943, dependiente del MTHPS e intermediario de las campañas de mejoramiento sanitario. Además, en 1947 se estableció el Instituto Nacional de Nutrición y Alimentación (INN) "destinado a estudiar y resolver los problemas de la alimentación del pueblo colombiano" por medio de la Ley 44 que, como prioridad, ya reglamentaba la yodación de la sal. Esta ley estableció que el INN debería supervisar este proceso, a cargo de la Concesión de Salinas.

Para 1947, el entonces Ministro de Higiene Pedro Eliseo Cruz afirmaba que "una de las afecciones más frecuentes es nuestro país, entre las que pueden considerarse como dependientes de perturbaciones de la nutrición, es la caracterizada por el bocio o coto, que reviste proporciones de gravedad por su extrema difusión en el territorio nacional" (9, p. 88), llegando a un 81.13% de prevalencia en población escolar de primera y segunda enseñanza, según estudios de la División de Educación Sanitaria del Ministerio.

Así, Cruz afirmaba que, aunque las causas del bocio eran variadas y aún no completamente definidas, la carencia del yodo se había identificado como un actor principal de ella y, por tanto, se debían tomar acciones profilácticas por medio del yodo. Cruz entonces, reafirmaba la relación carencia de yodo-bocio, aunque no cerraba las posibilidades a otras explicaciones y, mientras tanto, aprovechaba, su posición privilegiada, tanto política como científicamente, para situar la yodación de la sal como una medida práctica y efectiva de corto y mediano plazo (9).

Este discurso se replicaba en publicaciones de Horacio Parra en 1948 y de la III Conferencia sobre Problemas de la Nutrición en América Latina en 1953, en los que se evidenciaba la fuerte inclinación a la explicación carencial, pero más aún, un llamado urgente a la formulación y ejecución de políticas de salud preventivas (10,11).

Este escenario presentó las condiciones de generación del decreto 591 de 1955, que decretaba la yodación de toda la sal de consumo en el país como profilaxis de la enfermedad. Este enfoque preventivo y esta estrategia, junto con la explicación del bocio como enfermedad de carencia, fueron claramente privilegiados, dejando de lado las otras sugerencias que se habían manifestados a inicios del siglo.

Así mismo, vemos la configuración de una arquitectura institucional particular desde la mitad del siglo XX (SCISP e INN) que presentaba un espaldarazo a esta dirección en las discusiones sobre la definición del bocio. Asimismo, se centralizaron las acciones de profilaxis, legitimando discursos médicos y nutricionales y administrando recursos (humanos, logísticos, materiales y económicos) dirigidos a poner en marcha acciones que se desprendían de la definición del bocio como una enfermedad de carencia nutricional. Todo unido

también a una serie de peligros "sociales" o de desarrollo para los individuos y la población de un país que pretendía progresar.

Finalmente, y luego de un complejo proceso de negociación política y material, se construyó una *moderna* planta de refinación de sal en Betania y se dio por ejecutado el decreto 591. En efecto, para agosto de 1960, se producían 410 toneladas diarias de sal yodada (12).

BIBLIOGRAFÍA

1. Patiño Camargo, Luis (1935), El coto o bocio. En: Las doce plagas mayores. Bogotá Imprenta Nacional, pp. 102-109.

2. Robledo, Emilio (1937), Bosquejo de Geografía Médica y Climatopatología de Colombia, Boletín Clínico, Órgano de Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de la Universidad de Antioquia, IV(37), 692-717.

3. OSP (1928), Boletín de la Organización Sanitaria Panamericana, Vol. 7.

4. OSP (1941). Boletín de la Organización Sanitaria Panamericana, Vol. 20.

5. OSP (1938), Décima Conferencia Sanitaria Panamericana. Septiembre 4-18, 1938. Bogotá, Colombia. -Nutrición y Alimentación-.

6. OSP (1936-40), Boletín de la Organización Sanitaria Panamericana, Vols. 15-19.

7. Socarrás, José Francisco (1942), Coto y cretinismo en Colombia. Anales de Economía y Estadística, 5(18), 65-99.

8. Londoño Palacio, Arcesio (1943), Memoria del Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social al Congreso de 1943. Bogotá: Imprenta Nacional.

9. Cruz, Pedro Eliseo (1947), Memoria de Higiene. Tomo 1. Bogotá: Imprenta de Bogotá.

10. Parra, Horacio (1948), Bocio simple en Colombia. Yodización artificial de la sal- Instituto Nacional de Nutrición. Revista Colombiana de Pediatría y Puericultura, 5, 176-178.

11. OSP (1954), Informe de la Tercera Conferencia sobre los problemas de nutrición en la América Latina. OSP, Publicaciones Científicas, 12.

12. Copete Lizarralde, Ignacio (1959-1960), Informe anual presentado por el gerente a la Junta Directiva. Banco de la República.

La promoción de la salud, la seguridad en el trabajo y seguridad vial en la revista *La Fábrica* (1955-1976) de la empresa belga Solvay Cantabria

María Mercedes Martínez González
Universidad de Cantabria
mamemart@gmail.com

La instalación en 1908 de la fábrica belga de álcalis Solvay & Cie en Barreda-Torrelavega (Cantabria), representó un hito en la industrialización de una comarca, fundamentalmente agropecuaria (1). Durante el periodo 1955 y 1976 se editó una revista, *La Fábrica* (2) con una periodicidad mensual o bimensual, que se distribuyó entre los empleados, emulando las que editaba la casa matriz en Bruselas, *Nos echos* y *Revue du personnel Solvay & Cie*. El objetivo de la revista era lograr *ser el segundo hogar para los trabajadores y servir de nexo entre dirigentes y dirigidos, engarzar todas las aspiraciones y tratar de que se conociera la empresa tanto en el aspecto físico como en sus proyectos, con una misión no solamente divulgadora sino también cultural, instruyendo y recordando a todos, cosas olvidadas, que bien lo necesitamos* (*3*). El papel de las revistas de empresa ha sido tímidamente estudiado, y siempre desde otras perspectivas diferentes del aspecto sanitario (4,5,6).

- **Objetivo**: ofrecer un análisis preliminar del papel que jugó *La Fábrica* en la promoción de la salud, seguridad en el trabajo, y en la incipiente seguridad vial.
- **Metodología**: se revisaron 124 números de la revista, de los cuales 14 fueron bimensuales y el resto mensuales. Editados entre 1955 y 1966, ya que a partir de 1967 comenzó una decadencia con ediciones no tan periódicas.
- **Resultados**: En la revista hasta mayo de 1966, no figura comité editorial alguno, se presenta como un ente anónimo. En el año 1958, *La Fábrica* ya pertenecía a la Unión de Periódicos de Empresa, a la que estaban afiliados cincuenta Boletines de Empresa en España (7).

La revista abría con una portada, generalmente con la imagen de una fábrica del grupo Solvay, que en el 60% de los ejemplares analizados se trataba de una de las sucursales en el extranjero. Seguían en número, las portadas relacionadas con la fábrica cántabra que ascendieron al 28%, y el resto era una miscelánea de imágenes de visitas de altos cargos de la empresa a instalaciones Solvay Torrelavega, stands de la compañía en exposiciones, tanto nacionales como internacionales etc. El texto que acompañaba ensalzaba los grandes avances empresariales de las técnicas propias y sobre todo la innovación en el sector químico de Solvay.

A la portada, seguía un artículo, sin firma, a manera de editorial y que el 90% de las veces trataba de la relación jefe-obrero, de la estimulación para el trabajo, de cómo crear sentido de comunidad y sobre todo alentaba el aumento de la productividad. Títulos como *La importancia del trabajo cumplido, Dignificación del trabajo, El trabajo no es esclavitud, La empresa paga* (sobre el despilfarro en luz, agua, papel, etc.), *La importancia del capital humano*, o *La gran familia Solvay*, representan por si solos la declaración de intenciones.

Existían secciones como el informe mensual del Comité de Higiene y Seguridad en el Trabajo, en el que se presentaban los accidentes laborales del mes, así como el índice de frecuencia de estos, calculado como: número de accidentes con baja laboral x 1 millón, dividido entre el número de horas trabajadas. El índice, que en 1946 alcanzó un valor de 102, mostró un descenso entre 1957 y 1965 que se situó entre 18 y 16 con una mediana de 16. En 1966, el índice se redujo a 4,4, una cifra especialmente baja si se consideran los valores del último informe de la Federación de Industrias Químicas en España 2023, que lo sitúa en 5,5) (8). Estas cifras de siniestralidad eran uno de los temas a los que el director de la empresa aludía cada año en su discurso de diciembre, con el fin de animar a mejorar al año siguiente.

El Comité de Higiene, con una función claramente pedagógica, inició en enero de 1956 un concurso de errores. A través de viñetas, que posteriormente se sustituyen por fotografías reales, los participantes debían identificar errores y actuaciones inadecuadas en diferentes puestos de trabajo. El premio ascendía a 250 pesetas, que se sorteaban entre todos los acertantes mensualmente. A los cuatro meses de celebrarse el primer concurso, los obreros solicitan a la revista que no puedan participar los técnicos y esta accedió. Desde entonces, la participación quedó reservada a los obreros en todos los concursos. En 1957 aparece otro concurso, cuyo objetivo era reforzar el aprendizaje frente a las advertencias teóricas y normativas. Estaba enfocado en la seguridad en el trabajo y relacionado con el conocimiento de los diferentes departamentos de la fábrica. A través de una fotografía, los participantes debían contestar a una serie de preguntas *¿dónde está hecha la foto? ¿de qué aparato se trata? ¿es lugar peligroso? ¿está rodeado de las medidas de seguridad necesarias?*

El objetivo era implicar al obrero como el responsable único de los accidentes, de tal manera que en la revista no hay mención a otras medidas de seguridad que pudieran corresponder a la empresa. En 1958, sin embargo, los concursos comenzaron a centrarse en temas de cultura general y gozaron de gran aceptación, con más número de participantes que aquellos referidos a la seguridad en el trabajo. En 1959 aparece una nueva sección dedicada a *las mejoras del método*, en la que los obreros proponen soluciones prácticas, con ingenio, centradas sobremanera en la seguridad del operario y en hacer más liviano su trabajo, en esta ocasión éstos tenían recompensa económica, sino simplemente el reconocimiento en la revista. En 1961 un nuevo concurso *¿Cómo prevenirlo?* describía accidentes reales ocurridos en la empresa. El concursante debía analizar las causas y proponer las medidas que se deberían haber tomado para evitarlo. Se completó a partir de 1960 con otra sección ¡*Guerra al accidente*!,

en la que aparecen artículos editoriales con casos reales y acompañados de una reflexión sobre las causas y como evitarlos, esta sección continúa hasta 1966.

La circulación vial fue objeto de atención en todos los números de la revista. El crecimiento del parque automovilístico de los años cincuenta y sesenta llevó a los responsables de la revista a incluir guías para peatones ilustradas con viñetas, decálogos para conductores, alertas sobre la necesidad de permisos específicos, revisión de vehículos, seguros, uso de cintas reflectantes por ciclistas y motocicletas y varios artículos sobre accidentes *in itinere*.

También se analiza la sección médica. Contiene artículos firmados por profesionales, tres cuartas partes escritos por los dos médicos de empresa, que en esos años trabajaban a tiempo completo. Hay que destacar que Solvay desde 1908 mantenía un equipo médico, con un pequeño hospital dentro de la fábrica (1) . Otros artículos eran extractos de guías de salud de la época, en especial *Guía Vita*, una guía de la compañía aseguradora suiza VITA, con la cual la empresa mantenía relación laboral. A partir de febrero de 1966, aparecen tres artículos firmados por un monitor de educación física, relacionados con la importancia del ejercicio físico en el obrero.

Los temas más recurrentes fueron: infecciones, higiene, primeros auxilios, enfermedades del aparato locomotor y digestivo y, sobre todo, estilo de vida. Hay varios artículos sobre el tabaco, como *Fumar poco pero bien* (9), sobre el alcohol, con títulos como *Alcohol y salud, Alcohol y trabajo, y Alcohol y tráfico* (10), e incluso un artículo titulado *El abuso de comprimidos, manía peligrosa* (11*)*, en el que se señala como el 61% de las personas toman medicamentos a diario sin prescripción médica y se recuerda el caso de la talidomida, muy presente en el contexto de la época, ya que en España no se retiró del mercado hasta el año 1963. Los artículos emplean un lenguaje sencillo, clarificador y fundamentado en la evidencia científica del momento, incluso en algunos aspectos, avanzado para la época.

La revista incluye otras secciones importantes como las dedicadas a la demografía, crónica social, los deportes, o a la divulgación de los productos finales, su producción, usos y precauciones, que no son objeto de análisis en este trabajo.

CONCLUSIONES

La revista *La Fábrica*, al igual que otras publicaciones empresariales en ese periodo de tiempo, se hizo eco y sirvió para transmitir una imagen empresarial paternalista (12, 13). Aunque en el editorial de la revista se insiste en servir de nexo entre los diferentes estamentos de la empresa, sin embargo, esta relación no se percibe a lo largo de los números analizados.

La salud laboral estuvo fundamentalmente enfocada en la implicación y autocuidado por parte del obrero, con estímulos tan diferentes como concursos con recompensa económica, artículos científicos sobre las enfermedades y hábitos más prevalentes entre estos trabajadores e informaciones muy acertadas sobre seguridad vial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Toca Otero, Ángel (2005), La introducción de la gran industria química en España. Solvay y su planta de Torrelavega (1887-1935), Santander, Universidad de Cantabria.

2. La Fábrica: disponible en:
https://catalogo.unican.es/cgi-bin/abnetopac?TITN=439702

3. La Fábrica, 1*:* disponible en:
https://catalogo.unican.es/cgi-bin/abnetopac?TITN=439702

4. Cueto Alonso, Gerardo Joaquín (2019), El control del ocio obrero por medio del deporte en las empresas industriales de Cantabria en el siglo XX. En: Santiago Castillo, ed. Sociedades y Culturas IX Congreso de Historia Social. Treinta años de la Asociación de Historia Social. Comunicaciones. Oviedo, pp. 1005-25.

5. Suarez Menéndez, Gemma (2012), Revista de y para el personal de la factoría". Información, comunicación e historia de la revista Ensidesa. En: Álvarez Areces, Miguel Ángel, coord. Patrimonio inmaterial e intangible de la industria: artefactos, objetos, saberes y memoria de la industria. Gijón, CICEES, pp. 305-12.

6. Sierra Álvarez, José (2011), Relaciones humanas en la industria y revistas de empresa: un vistazo a la España de mediados del siglo XX, Sociología del Trabajo,37, 213-28

7. La Fábrica, 31*:* disponible en:
https://catalogo.unican.es/cgi-bin/abnetopac?TITN=439702

8. Informe de siniestralidad laboral 2023. Federación Empresarial de la Industria Química Española.

9. La Fábrica, 88*:* disponible en:
https://catalogo.unican.es/cgi-bin/abnetopac?TITN=439702

10. La Fábrica, 108,109,110*:* disponible en:
https://catalogo.unican.es/cgi-bin/abnetopac?TITN=439702

11. La Fábrica, 104,105*:* disponible en:
https://catalogo.unican.es/cgi-bin/abnetopac?TITN=439702

12. Babiano Mora, José (1998), Paternalismo industrial y disciplina fabril en España (1938-1958). Madrid, Consejo Económico y social de España.

13. Peña Rambla, Fernando (1998), Paternalismo y control social en la industria franquista. La empresa Segarra en la Vall d´ Uixó, Sociología del Trabajo, 34, 109-132.

La población infantil de Fontilles: una vida dentro y fuera de los muros del sanatorio

Inés Antón Dayas
Universidad de Alicante
ines.anton@ua.es

&

Antonio García Belmar
Universidad de Alicante
belmar@ua.es

Es poco lo que sabemos sobre la experiencia de la población infantil afectada por la lepra. La historiografía ha centrado su atención en la población adulta, tanto la "enferma" como la "sana", dos categorías usadas todavía hoy en los sanatorios leprológicos para distinguir y separar físicamente a las personas afectadas por la lepra de aquellas encargadas de su cuidado y custodia. La infancia ha estado ausente en las historias institucionales, en los estudios sobre las prácticas médicas y las políticas de salud y, también, salvo excepciones, en los estudios que, desde la antropología y la historia colonial se han ocupado de comprender la experiencia de vida de las personas afectadas por la lepra (1). En todos ellos, la vida de las niñas y niños enfermos ingresados y la de las y los sanos separados de sus familias por la enfermedad ha permanecido en la sombra. La dificultad para acceder a las fuentes históricas ha condicionado fuertemente los temas y actores abordados en la historiografía de la lepra. Este estudio sobre la lepra y la infancia ha sido posible gracias, en gran medida, a las fuentes documentales, impresas, materiales, iconográficas y orales recuperadas y accesibles gracias al proyecto de preservación integral del patrimonio histórico del sanatorio San Francisco de Borja de Fontilles, en la Marina Alta alicantina. Una amplia selección de estas fuentes es ahora accesible a través del portal Fontilles y la lepra en España, de la Biblioteca virtual Miguel de Cervantes y consultables todas ellas en el Archivo de la Diputación de Alicante.

Uno de los objetivos fundamentales de este trabajo es reivindicar la necesidad de integrar a la infancia en el relato institucional y social de la lepra en España, e investigar su presencia en las políticas de segregación y los mensajes de educación sanitaria, así como sus consecuencias en la construcción del estigma de esta enfermedad. Esta omisión no es solo un vacío historiográfico, sino una muestra de la escasa atención que la historiografía ha prestado a las consecuencias que las políticas sanitarias tuvieron sobre la infancia afectada o vinculada a la lepra. Para comprender esta ausencia y sus implicaciones, proponemos abordar la

cuestión desde tres perspectivas complementarias: la de los médicos leprólogos, la del Estado y sus servicios sanitarios, y la de las organizaciones filantrópicas.

Desde un enfoque interdisciplinar, que integra la historia de la medicina, la historia social y los estudios sobre la infancia, esta investigación reivindica a la población infantil como un actor central en la construcción histórica de la salud. A través de los saberes, las prácticas, los espacios, los objetos y las representaciones gráficas de Fontilles, el más importante y longevo centro de aislamiento y cuidado de personas afectadas por la lepra en España, se presenta una reflexión, imprescindible para comprender las políticas asistenciales y su impacto en la vida de los más vulnerables.

Para abordar este estudio, se ha centrado la atención en los discursos y las prácticas de tres actores fundamentales en esta historia. Los leprólogos, las organizaciones filantrópicas y religiosas, la administración sanitaria y las personas afectadas.

Desde la perspectiva de los leprólogos, los niños constituían un grupo de población vulnerable, cuerpos sanos en riesgo de infección. Los niños nacidos de padres leprosos eran objeto de seguimiento médico desde el nacimiento. En los discursos médicos se observa una preocupación constante por evitar la transmisión congénita, controlar los focos familiares y aislar potenciales futuros enfermos. Esto dio lugar a una patologización temprana de la infancia, que generó espacios de observación permanente. Los niños eran considerados posibles vectores y, por tanto, sometidos a revisiones, controles y protocolos de prevención rígidos, incluso sin sintomatología. La mirada médica priorizó el aislamiento profiláctico, con escasa atención a las consecuencias psicosociales de estas prácticas.

Desde las primeras décadas de funcionamiento del sanatorio, sus médicos —en especial Mauro Guillén Comín— investigaron y defendieron la idea de que la lepra no se transmitía por herencia, y que los casos de lepra congénita eran excepcionales. A pesar de ello, entre las medidas profilácticas dirigidas a la infancia adquirieron relevancia los preventorios, concebidos como espacios destinados a preservar a los hijos sanos mediante su separación de los focos de contagio que representaban sus propios padres. (2) (3). El Estado, en su rol de regulador de la salud pública, desarrolló políticas explícitas que afectaron directamente a las familias leprosas y a su descendencia. Por un lado, promovió controles sobre los matrimonios entre personas afectadas por la lepra, con recomendaciones médicas que desaconsejaban la reproducción, o bien la condicionaban a evaluaciones sanitarias previas. Estas políticas, aunque no siempre normativizadas, sí estuvieron operativas desde la vigilancia sanitaria.

Por otro lado, se aplicaron medidas de separación sistemática de los hijos sanos de personas enfermas. En el caso de Fontilles, el traslado de estos menores a centros como el colegio San Enrique en Alcira muestra una lógica sanitaria que priorizaba la contención epidemiológica por encima de la unidad familiar. Estas acciones, legitimadas por razones médicas y morales, provocaron rupturas afectivas duraderas y una infancia marcada por la institucionalización forzada.

Las organizaciones filantrópicas jugaron un papel ambivalente. Por un lado, se convirtieron en garantes del bienestar infantil cuando el Estado o las familias no podían atenderlo, gestionando centros de acogida, internados y escuelas. Por otro, su discurso moralizante vinculaba la lepra con la pobreza, la desviación y la necesidad de redención cristiana, aplicando una pedagogía que combinaba disciplina, caridad y educación. Estas instituciones se preocuparon por ofrecer normalidad a una infancia lejos del contacto con la enfermedad, pero bajo parámetros de vigilancia moral. Su solución al problema fue el apartamiento físico, el control afectivo y la formación de sujetos útiles, como estrategia de salvación individual y redención colectiva.

El modelo del preventorio que quiso copiar Fontilles fue el empleado en Brasil y Argentina. Las organizaciones oficiales de Sanidad ya habían comprobado la efectividad de estos espacios salubres con enfermedades como la tuberculosis. Se pretendía atender sanitaria, moral y socialmente a los hijos de afectados por la lepra. (4) Entre 1955 y 1972 funcionó el Preventorio y colegio San Enrique de Alcira acogiendo a los hijos de leprosos internados en el Sanatorio de Fontilles. No obstante, como respuesta al cambio de paradigma dictado por las organizaciones internacionales en materia de salud, el preventorio habría dejado de “tener sentido” al poco de comenzar su andadura.

El Congreso Internacional de Roma, celebrado en 1956, destacó que «los enfermos atacados por esta infección [la lepra] sean tratados como cualesquiera otros enfermos (tuberculosos, por ejemplo), sin ninguna otra diferenciación; y en consecuencia, todas las legislaciones y todos los Reglamentos de excepción concernientes a los leprosos sean abolidos». En aquel mismo congreso se dictaminó que «sólo en los casos de absoluta necesidad se podrá hacer recurso a la segregación [de los niños] en un Preventorio, a fin de evitarles un estigma ulterior falso y dañoso». (5)

Los relatos de vida permiten comprender las consecuencias que estos discursos y prácticas tuvieron en la vida de las personas de las personas afectadas por la lepra y el modo en que se enfrentaron a ellos en los espacios de aislamiento y en sus entornos sociales y familiares (6). Desvelan también aspectos de la relación entre progenitores y descendientes imperceptibles en las fuentes tradicionales, como la transmisión, en este caso sí hereditaria, del miedo y el rechazo a través de los mecanismos del llamado *courtesy stigma.* (7) (8).

BIBLIOGRAFÍA

1.Robertson, Jo, (2018), “Leprosy’s Untainted Child”, Bulletin of the History of Medicine, 92 (2), 261-286.

2. Fontilles, (1928), 227, 110-111

3. Fontilles, (1931), 304, 28.

4. Fontilles, (1947), 402, 315.

5. Comes Iglesia, Vicent (dir.), (2009), Cuidados y consuelos. Cien años de Fontilles (1909-2009), Generalitat Valenciana. Conselleria de Cultura i Esport, Valencia.

6. García Belmar, Antonio, (2003), Éramos todos iguales. Relatos de vida entorno a la lepra, Alicante, Universidad de Alicante.

7. Dako-Gyeke, Mavis, (2018), “Courtesy stigma: A concealed consternation among caregivers of people affected by leprosy”, Social Science & Medicine, 196, 190-196.

8. Goffman, Erving, (1963), Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity, New Jersey, Englewood Cliffs.

VARIA. 3

SABERES, DISCURSOS, LENGUAJE, IMAGINARIOS

Mujeres imaginadas: santas, santos y salud femenina en la hagiografía tardoantigua y medieval

Isabel Ilzarbe López
Universidad de La Rioja/Instituto de Estudios Riojanos
isabel.ilzarbe@unirioja.es

INTRODUCCIÓN

El discurso eclesiástico medieval sobre la mujer se fundamenta en su supuesta inferioridad respecto al varón. Desde las interpretaciones de san Pablo en Corintios (16) sobre la creación del hombre a imagen de Dios y la mujer a imagen del hombre, se consolidó una idea de dependencia femenina que delimitó sus espacios y funciones sociales, construyendo un marco interpretativo que permeó todos los aspectos de la vida medieval.

La Filosofía Natural y la Medicina absorbieron este ideario, generando lo que Moral de Calatrava (13) denomina una "mujer imaginada cuyos ecos aún resuenan". La visión de san Isidoro (10) sobre el útero como una vasija pasiva y la consideración de la mujer como "hombre imperfecto" necesitada del calor seminal masculino para mantener su salud, se reflejó en los discursos filosóficos medievales.

FUENTES, METODOLOGÍA Y OBJETIVOS

Nuestro trabajo se ha basado en el análisis de fuentes históricas editadas, estudiadas primero individualmente y después de forma comparativa buscando aspectos relacionables.

Las preguntas que guían nuestra investigación son: ¿De qué manera la concepción sobre la fisionomía femenina afectó a la creación de hagiografías? ¿Contribuyeron estas narraciones a mantener los conocimientos médicos tardoantiguos y medievales perpetuando una imagen imaginada del cuerpo femenino?

CASOS DE ESTUDIO

Si analizamos distintos relatos hagiográficos, siguiendo una tradición académica muy desarrollada (5) (9), encontramos distintos modelos de santidad femenina vinculados a la concepción de la sexualidad y fisionomía femenina.

Santa Águeda de Catania, mártir siciliana del siglo III, sufrió la amputación de sus senos como forma de tortura por rechazar las proposiciones del cónsul

Quintianus. Su padecimiento mamario se convirtió en parte central de su iconografía cristiana, siendo frecuentemente representada sosteniendo sus senos en una bandeja. La mutilación específica de sus pechos trasciende el mero acto físico para constituir un símbolo polivalente: por un lado, representa la anulación violenta de su feminidad y capacidad nutricia, señalando el control patriarcal sobre el cuerpo femenino sexuado; por otro, como analiza Miles, la extirpación paradójicamente resalta su consagración virginal, transformando el cuerpo mutilado en testimonio de resistencia espiritual ante la dominación mundana (12). Castelli argumenta que esta desexualización forzada adquiere en la narrativa hagiográfica una resignificación subversiva, donde los pechos separados del cuerpo se convierten en símbolos de poder espiritual femenino autónomo, un fenómeno que Bynum denomina "fragmentación sagrada" (3). Las actas de su martirio, aunque consideradas apócrifas según Dehandschutter (4), destacan cómo su cuerpo mutilado se convierte en campo de batalla donde confluyen tensiones entre autoridad imperial romana y resistencia cristiana.

La cuestión de la temperatura corporal femenina y sus consecuencias aparece en la vida de santa Gala, noble romana del siglo VI que, tras enviudar joven, consagró su vida a Dios rechazando un segundo matrimonio. Según Gregorio Magno (8), cuando los médicos le advirtieron que su vida ascética provocaría el crecimiento de vello facial debido a su alta temperatura corporal (que solo descendería casándose y yaciendo con un varón), ella respondió: "¿Qué me importa un rostro que ya no busca agradar a ningún hombre terrenal?". La barba que le creció fue para ella señal de su consagración, viviendo el resto de sus días en un monasterio junto al Vaticano.

Santa Librada (también conocida como Wilgefortis o Úncumber), de tradición más nebulosa (siglo IX), actualmente no tiene culto obligatorio por las dudas sobre su existencia (17) (6). Princesa portuguesa según algunas versiones, habría hecho voto de castidad pero fue prometida en matrimonio contra su voluntad. Según las versiones más evolucionadas, sus plegarias fueron respondidas cuando le creció una tupida barba la noche antes de su boda, provocando que su furioso padre la crucificara. Algunos autores señalan que esta "repentina" aparición de barba podría deberse a su negativa a alimentarse como protesta, interpretándose como una consecuencia de la anorexia (11). Así, este caso reflejaría un signo de enfermedad sin explicación clara que fue convertido en milagro.

La masculinización de las santas trasciende el concepto de *mulier viril* del pensamiento cristiano, incluyendo a veces la autopercepción con atributos masculinos. En el caso de Perpetua, joven madre cartaginesa de noble estirpe, su cuarta visión relatada en "La Pasión de Perpetua y Felicidad" (15) (18) la muestra metamorfoseada en luchador masculino antes de enfrentarse a un egipcio en el anfiteatro. Sus ayudantes la desnudaron, "y me convertí en varón", escribió Perpetua, describiendo cómo fue ungida con aceite como los atletas romanos. Esta masculinización visionaria representaba una apropiación deliberada de cualidades tradicionalmente masculinas—fortaleza, poder y autoridad pública—necesarias para vencer a su adversario demoníaco.

La menstruación constituyó un foco central de preocupación médica y teológica durante el medievo, interpretándose generalmente como signo de impureza inherente al cuerpo femenino. Como señala Jacquart (11), los tratados médicos medievales consideraban el flujo menstrual como "sangre corrupta" producida por la incapacidad femenina para transformar adecuadamente los alimentos debido a su naturaleza fría y húmeda. Esta visión patologizante del ciclo natural femenino se justificaba mediante referencias a Aristóteles e Hipócrates, quienes vinculaban la periodicidad menstrual con la inestabilidad humoral femenina. Según analiza Moral de Calatrava (13), esta concepción permitía explicar la supuesta inferioridad moral femenina, legitimada además por interpretaciones teológicas como las de Tomás de Aquino (20), quien consideraba que la impureza menstrual evidenciaba la corrupción corporal heredada del pecado original. No sorprende, por tanto, que las intervenciones milagrosas relacionadas con flujos sanguíneos que abundan en la literatura hagiográfica respondan a un intento de control sobrenatural sobre esta fisiología percibida como desordenada e impura.

Entre estos milagros destacan casos específicos de desórdenes menstruales, como el relatado en las actas de San Cosme y San Damián (21), donde la noble Justina sufría un flujo menstrual ininterrumpido durante tres años que, según los textos, "la debilitaba hasta hacerla parecer un fantasma". Tras orar ante las reliquias de los santos médicos, el flujo cesó instantáneamente. Similarmente, los relatos de San Pantaleón describen la curación de una mujer llamada Eufemia que padecía menstruaciones irregulares acompañadas de dolores "que la hacían retorcerse como poseída", condición que los médicos de la época habían diagnosticado como un desequilibrio humoral que solo podría resolverse mediante el matrimonio y los embarazos consecutivos (22). El santo, imponiendo las manos sobre ella, no solo regularizó su ciclo sino que la liberó de los dolores, permitiéndole conservar su voto de virginidad, contraviniendo así las recomendaciones médicas de la época que prescribían el coito como remedio para los desórdenes menstruales.

La curación de hemorragias femeninas repentinas constituye un motivo recurrente que evidencia tanto la preocupación eclesiástica por la corporalidad femenina como la capacidad taumatúrgica de estos intercesores (21) (22). San Pantaleón, médico y mártir del siglo IV, registra cinco casos donde detuvo hemorragias fulminantes en mujeres nobles de Nicomedia. Las actas de San Cosme y San Damián mencionan al menos siete intervenciones similares, destacando la curación de la patriciana Teodora mediante imposición de reliquias. San Martín de Tours, según Sulpicio Severo (19), sanó repentinos flujos sanguíneos en tres ocasiones sin contacto físico directo.

CONCLUSIONES

Los relatos hagiográficos analizados evidencian cómo la literatura religiosa medieval perpetuó activamente la visión de inferioridad física femenina establecida por la filosofía natural (14). La hagiografía, lejos de cuestionar estos presupuestos, los consolidó mediante narraciones que, revestidas de sacralidad, contribuyeron decisivamente a la perpetuación cultural de estas ideas sobre la corporalidad femenina.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

El presente trabajo forma parte del proyecto “Monstruos de la naturaleza”, que actualmente está recibiendo financiación mediante micromecenazgo, a la espera de encontrar acomodo en medios tradicionalmente académicos. Queremos expresar nuestro agradecimiento a todas las personas que lo apoyan mediante sus aportaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bynum, Caroline Walker (1987), *Holy Feast and Holy Fast: The Religious Significance of Food to Medieval Women*, Berkeley, University of California Press, pp. 113-186.

2. Bynum, Caroline Walker (1991), *Fragmentation and Redemption: Essays on Gender and the Human Body in Medieval Religion*, Nueva York, Zone Books, pp. 181-238.

3. Castelli, E. (2018). *Female Sanctity and Martyrdom in Late Antiquity: Gender Violence and Sacred Bodies*. Cambridge University Press, pp. 87-103.

4. Dehandschutter, B. (2019). “Paleographic Analysis of Early Martyrdom Accounts: The Case of Agatha of Catania.” *Journal of Early Christian Studies*, 27(3), pp. 412-438.

5. Delehaye, Hippolyte (1998), *The Legends of the Saints*, Notre Dame, University of Notre Dame Press, pp. 154-187.

6. Flórez, Enrique (1754-1775), *España Sagrada*, Madrid, Antonio Marín, Tomo XIV, pp. 398-405.

7. Friesen, I. (2022). *The Wounded Breast: Gendered Iconography of Female Saints in Medieval Art*. Yale University Press, pp. 73-95.

8. Gregorio Magno (2010), *Diálogos*, Madrid, Editorial Ciudad Nueva, pp. 87-89.

9. Heffernan, Thomas J. (1988), *Sacred Biography: Saints and Their Biographers in the Middle Ages*, Oxford, Oxford University Press, pp. 245-276.

10. Isidoro de Sevilla (2004), *Etimologías*, Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos, pp. 254-257.

11. Jacquart, Danielle y Thomasset, Claude (1989), *Sexualidad y saber médico en la Edad Media*, Barcelona, Labor Universitaria, pp. 167-193.

12. Miles, M. (2021). *Carnal Knowing: Female Nakedness and Religious Meaning in Early Christianity*. Universidad de Oxford Press, pp. 142-156.

13. Moral de Calatrava, Paloma (2008), *La mujer imaginada: la construcción cultural del cuerpo femenino en la Edad Media*, Murcia, Nausicaa, pp. 76-112.

14. Moral de Calatrava, Paloma (2013), "El cuerpo del género: medicina y literatura en la Baja Edad Media", *Arenal: Revista de historia de mujeres*, 20(2), pp. 235-262.

15. Musurillo, Herbert (1972), *The Acts of the Christian Martyrs*, Oxford, Oxford University Press, pp. 106-131.

16. Pablo de Tarso (2008), *Epístolas completas*, Madrid, Cátedra, pp. 143-145.

17. Réau, Louis (1997), *Iconografía de los santos*, Barcelona, Ediciones del Serbal, pp. 329-332.

18. Salisbury, Joyce E. (1997), *Perpetua's Passion: The Death and Memory of a Young Roman Woman*, Londres, Routledge, pp. 98-124.

19. Sulpicio Severo (1987), *Obras completas*, Madrid, Tecnos, pp. 201-204.

20. Tomás de Aquino (1994), *Suma Teológica*, Vol. III, Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos, pp. 476-481.

21. VV.AA. (2001), *Acta Sanctorum*, Bruselas, Société des Bollandistes, pp. 462-475, 583-596.

22. Weinstein, Donald y Bell, Rudolph M. (1982), *Saints and Society: The Two Worlds of Western Christendom, 1000-1700*, Chicago, University of Chicago Press, pp. 220-238.

La vejez, la última enfermedad y la relación con la medicina del franciscano Francesc Eiximenis, obispo de Elna y Patriarca de Jerusalén (1409)

Carmel Ferragud
Instituto Interuniversitario López Piñero.
Universitat de València
carmel.ferragud@uv.es

&

Andrea Martí Serrano
Instituto Interuniversitario López Piñero.
Universitat de València
andrea.martise@gmail.com

&

Ignacio Nebot Segarra
Universitat de Lleida
ignacio.nebot@udl.cat

Francesc Eiximenis (c. 1350-1409) fue un célebre fraile franciscano nacido en Girona, que mantuvo fuertes vínculos con los monarcas de la Corona de Aragón Pedro el Ceremonioso, Juan el Cazador y Martín el Humano, el papa Benedicto XIII y el poder municipal de la ciudad de Valencia. Su ingente obra escrita, un proyecto colosal que sólo pudo llevar parcialmente a cabo, tuvo una gran influencia sobre la actitud de los gobernantes y estuvo presente en numerosas bibliotecas del ámbito catalanoaragonés, aunque trascendió esta geografía y cronología. Su obra configura, indiscutiblemente, una parte relevante de la literatura catalana medieval, parcialmente editada y estudiada con gran detalle (1).

A partir de documentación inédita, procedente del Archivo del Reino de Valencia y de los Archives Départementales des Pyrénées-Orientales, que trata sobre la contabilidad de la corte pontificia y otros costos y pagos relacionados con la herencia del franciscano y su liquidación, y el estudio crítico de otras informaciones ya conocidas, pretendemos explicar cuál fue la relación que Eiximenis tuvo con la medicina y los médicos a lo largo de su vida. Más concretamente analizamos los gastos derivados de su última enfermedad y la colación médica que tuvo lugar como consecuencia, en particular de todos los médicos que en ella actuaron.

Que Eiximenis estuvo muy interesado en la medicina lo evidencian las decenas y decenas de referencias que se recogen a lo largo de su obra sobre la salud y las enfermedades (y a veces algunas de ellas específicamente), a enfermos y médicos, hospitales, las medidas de "salud pública", el humoralismo galenista y la terapéutica... (2) El galenismo se hace presente con insistencia, pero ello fue algo más que una simple herramienta, que también, para la construcción homilética, muy habitual en otros predicadores coetáneos como Vicente Ferrer. No debemos olvidar que el franciscano pretendió escribir una enciclopeida que permitiera ordenar todos los resquicios de la cristiandad, y con su pensamiento ejerció una fuerte influencia sobre el consejo municipal de la ciudad donde residió mucho tiempo, Valencia, a la que dedicó su *Regiment de la cosa publica*. Eiximenis tuvo una visión muy clara de cómo debía ser una sociedad salubre, y qué papel debían ocupar en ella los practicantes de la medicina. En su *Dotzé llibre del crestià* habló de los límites de la medicina, pero también del valor y la capacidad de investigar los médicos, como nadie podía para encontrar rmedios: "Si, donchs, los metges saben uy tan poch de metgia, per què los grans senyors e les majors ciutats, e menors, e tot lo món demana e vol e paga tan bé los famosos metges? Helion respon que per tal los devem uy axí voler, e ara més que jamés, car, jatsia ells no sàpien plenàriament ne punctual ne de fet la gran alteració de natura, emperò ells són pus abtes a mills investigar e a cercar-la per ço que han legit e ligen de lur art e de philosofia e de astrologia, qui són arts inmutables en lurs principals fonaments, que no farien si res no sabien" (3).

Otro de los indicadores de este interés es su estrecha relación con un médico valenciano que tuvo un fuerte protagonismo dentro de la capital regnícola. Se trata del físico Pere Figuerola (fl. 1349-1398), maestro en artes y medicina formado en Montpelier (4). En primer lugar, ambos compartieron un interés por la enseñanza escolar en la ciudad de Valencia (Figuerola fue regente de la escuela del cabildo catedralicio) y ambos realizaron, a petición del municipio, un reglamento para las escuelas municipales, en 1389 (Figuerola) y 1399 (Eiximenis), que no fructificaron; en segundo lugar, ambos estuvieron involucrados en la incautación de libros de judíos a raíz del pogromo de 1391; en tercer lugar, el interés compartido por alguna cuestión médica particular, como el valor del ejercicio físico, que Figuerola recomendó a sus hijos en un regimiento de salud que les escribió mientras estudiaban en la Universidad de Tolosa; y, en cuarto lugar, el interés común por el lulismo. En este sentido, cabe decir que Pere Figuerola fue un médico, y no el único, que formó parte del circulo lulista enjuiciado por el inquisidor Nicolau Eimeric. Aún queda por dilucidar en qué consistió el lulismo médico al que ya aludió en su momento García Ballester, y en el cual estuvo implicado también otro célebre médico: Pere Geronès (5).

Aunque Eiximenis siempre se mostró cauto en las referencias a obras susceptibles de recelos inquisitoriales, es cierto que en algunos pasajes de su ingente producción manifestó cierta adhesión a las corrientes espiritualistas renovadoras, de tanta influencia en Valencia, donde el peso de Arnau de Vilanova, el franciscanismo y la corriente joaquimita continuaban siendo muy fuertes, y donde se contaba con la presencia de una importante comunidad de beguinos. El

contexto era muy complicado para esta espiritualidad debido a la fuerte presión ejercida por el inquisidor Nicolau Eimeric. Esto podría haber disuadido a nuestro fraile de mantener una posición explícita favorable.

Aun para reforzar el vínculo con el médico debemos añadir que Juan I pidió al hijo de Pere Figuerola, un canónigo homónimo, que Eiximenis desistiera de retener el obispado de Elna. Petición que resultó infructuosa.

El último año de su vida, cuando era ya octogenario, Eiximenis fue nombrado obispo de Elna y Patriarca de Jerusalén por el papa Benedicto XIII. Durante aquel tiempo residió en Perpiñán, donde se había trasladado desde el convento franciscano de Valencia, que era su residencia, y allí le sobrevino la última enfermedad y la muerte. Los frailes franciscanos hacían voto de pobreza que difícilmente era compatible con los lujos que rodeaban a los prelados. Eiximenis no dispuso en consecuencia de un colectivo de profesionales de la medicina adscritos como domésticos a su palacio obispal. Gracias a la gestión de la ejecución testamentaria y los gastos ocasionados en los últimos meses de sus vida, sabemos que todos los individuos que cobraron por atenderle eran ciudadanos de Perpiñán. Esta era una ciudad que, recuperada de la crisis sufrida a raíz de las pestes de la centuria anterior y de las crisis demográfica y económica sucesivas, gozaba de un fuerte dinamismo económico, con un colectivo artesanal y mercantil vigoroso. Igualmente el colectivo médico era nutrido y bien consolidado y con él fue asistido tan célebre personaje.

De esta manera, Eiximenis fue atendido por el barbero Pere Cases de una afección dental. Sabemos que también un boticario llamado Joan Llobera cobró por una factura de medicamentos que no fue descrita, y otro, llamado Pere Vivers, vendió cera para los blandones de su sepultura. Tampoco se recoge de qué le atendieron los médicos Bertran de Fita, Bernat Oliver y Sicard de Montells, que percibieron cantidades diversas, seguramente por el tiempo que le visitaron, pero también por su diversa categoría. Así, Fita y Montells fueron maestros en medicina con un importante recorrido profesional en la ciudad de Perpiñán, donde ejercieron de médicos municipales y examinadores.

De gran interés es la “colación”, o reunión de médicos, suscitada por su frágil salud. Las llamadas “juntas de médicos” tendrían mucha más predicación y regularización a lo largo de la Época moderna, pero conservamos muy pocos testimonios de este procedimiento durante la Edad Media en la Corona de Aragón, por lo que nos merece especial relevancia (6). En la colación de Eiximenis, sin duda exigida por los canónigos de la curia que le rodeaban, participaron los tres médicos que le atendían, lógico pues eran los que tenían más información de la evolución del enfermo, y a estos se sumaron el judío Isaac Cabrit (7), un reputado médico que se convertiría al cristianismo con posterioridad, Francesc Genís (8), un médico con fuerte influencia y reputación local, y Pere Vernet, del que no tenemos más información. Se han conservado los pagos recibidos por los trabajos desarrollados por cada uno: un escudo de oro francés, una suma muy considerable.

Resulta paradójico que un judío actuara en esta comisión, cuando Eiximenis había sido muy crítico con este colectivo y había pretendido disuadir a sus oyentes de acudir a los médicos de religión judía. La realidad es que gozando de gran prestigio y siendo tan abundantes en Perpiñán no extraña su elección. De Genís conservamos sobre todo su testamento. En este se pone de manifiesto la categoría social y económica del personaje, pero también su estrecha relación familiar con diversos boticarios, y la profesional con otros, de tal manera que de su biblioteca cedió generosamente algunos volúmenes a cuatro barberos-cirujanos y un boticario, como la cirugía de Lanfranco de Milán o la gran cirugía de Gui de Chaulhiac.

No disponemos del informe resultado de aquella colación que reunió a tan conspícua comitiva, pero sin duda trasladaría la precaria salud del anciano Eiximenis, que murió poco después y que pasó el final de sus días en las manos de los mejores profesionales de la ciudad.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Este trabajo se enmarca en el proyecto financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional “Vernacularidades en la ciencia medieval y renacentista: textos, creadores y profesionales” (MCINN-AEI/FEDER PID2021-123419NB-I00).

BIBLIOGRAFÍA

1. Francesc Eiximenis, Institut de Llengua i Cultura Catalanes, Universitat de Girona <https://eiximenis.narpan.net/>.

2. Viera, David. J.; Piqué Angordans, Jordi; Camaño Puig, Ramon (2010), Malaltia i salut en l’obra de Francesc Eiximenis, Caplletra, 48, 179-209.

3. Eiximenis, Francesc (1986-1987), Dotzè llibre del Crestià, II.1 i II.2, edición de Curt Wittlin et al., Girona, Col·legi Universitari de Girona-Diputació de Girona, vols. 2-II, 480-482.

4. Cifuentes, Lluís; Ferragud, Carmel, coords. (2020-), MedCat: Corpus Medicorum Catalanorum, Universitat de Barcelona & Universitat de València, MedCat nom3404 [consulta 6-5-2025].

5. Cifuentes i Comamala, Lluís (2006), La ciència en català a l’Edat Mitjana i el Renaixement, 2a ed. revisada y ampliada, Barcelona-Palma, Universitat de Barcelona-Universitat de les Illes Balears, 141-144.

6. Ferragud, Carmel (en prensa), “E sobre açò ells debateren molt”: una colación médica sobre la graduación de los medicamentos a través del tribunal del veguer de la ciudad de Lleida (1407)”, En la España medieval.

7. MedCat nom9691 [consulta 6-5-2025].

8. MedCat nom9515 [consulta 6-5-2025].

Alexifármacos y revulsivos contra el emponzoñamiento en el Renacimiento

Maria Muñoz Benavent
Universidad Miguel Hernández de Elche
maria.munozb@umh.es

Durante el Renacimiento en Europa la atención sanitaria profesional era escasa y muy costosa, por lo que era bastante común atender las necesidades médicas más básicas en el hogar (1). Una de ellas era tratar las intoxicaciones; las más comunes eran las alimentarias, como el consumo de hongos ponzoñosos, y las mordeduras de serpientes y otros animales venenosos. En los recetarios personales renacentistas europeos encontramos muchos contravenenos para estos males y para otros más inusuales.

El objetivo de esta comunicación es indagar en la historia de los tóxicos a través del análisis de estos antídotos. Para ello se procede a la identificación de los antídotos de recetarios españoles e italianos del siglo XVI, que incluyen el recetario personal del cardenal Antoine Perrenot de Granvelle y libros de secretos del siglo XVI con gran influencia en Italia: el libro de secretos de Isabella Cortese (2) y el de Alessio Piemontese (3). Todas las recetas se encuentran traducidas al castellano, con su edición original en notas al pie.

Los antídotos que se encuentran en este tipo de recetarios tienden a dividirse naturalmente en dos grupos: los que tratan las picaduras de animales venenosos y los que tratan la exposición a preparados venenosos. Ambos tipos son interesantes porque muestran tanto venenos como sustancias tóxicas a las que estaban expuestas las personas durante el Renacimiento.

Hemos editado el recetario privado del cardenal Antoine Perrenot de Granvelle, que fue secretario de Carlos V y Felipe II. Este recetario bellamente iluminado pertenece al período en que fue virrey de Nápoles (1571-1575) y contiene varias recetas de diversa utilidad: desde culinarias hasta cosméticas. Las más abundantes son las recetas medicinales. El libro tiene dos partes principales: la primera y más larga está cuidadosamente iluminada y organizada, escrita toda por la misma mano, pero la segunda ha sido compilada por diferentes manos, una de ellas la del propio cardenal Granvelle (4). Esto muestra el proceso más común de construcción de un recetario, en el que se iban añadiendo recetas intercambiadas con familiares, amigos y conocidos por correo o de forma oral (5). Encontramos en él 16 antídotos, 6 para animales venenosos, 9 para venenos y una receta muy interesante que comentaremos más adelante. Uno de ellos es un “aceite milagroso contra la peste y el veneno,

y la mordedura de cualquier animal venenoso, y perro rabioso, verdadero y probado" (4)[1].

A través del estudio de este recetario encontramos varios remedios para la mordedura de animales específicos. Esto nos permite identificar cuáles fueron los animales que más les preocuparon y por lo tanto estuvieron más expuestos. Existen remedios para la mordedura venenosa de animales muy peligrosos, como serpientes, arañas (tarántulas), escorpiones, salamandras; y otros que parecen menos peligrosos, pero que aun así pueden ser mortales si somos alérgicos a ellos, como las abejas y las avispas. También existen remedios para el veneno de sapos y ranas, que no muerden, pero hay especies de estos animales muy venenosas al tocarlas o ingerirlas. Un caso muy común es el del perro rabioso, como acabamos de ver en el óleo milagroso del cardenal Granvelle.

No es de extrañar que los animales venenosos sean un tema preocupante en estos recetarios, pues son muy comunes en estado salvaje, pero también ingeridos o utilizados para preparar otros remedios, como solían ser las ranas, como podemos ver en este remedio para los bubones: "Tome una rana acuática, divídala en dos y póngala firmemente sobre el bubón, cámbiela cada media hora, hágalo X o XII veces, y pronto sanará" (4).[2]

Una gran parte de los antídotos se utilizan cuando se está expuesto a un veneno, y los más comunes son los famosísimos preparados de teriaca, un alexifármaco de origen griego antiguo. En estos recetarios es muy interesante encontrar que la triaca se encuentra a menudo como ingrediente de una receta más compleja, normalmente destinada a puestos generales. Por ejemplo, en el recetario del cardenal Granvela hay un antídoto titulado *Contra venum*, en general: "Tome una onza de teriaca magna, díctamo, genciana, tormentilla, carlina, una onza, bol armenio oriental, *terra sigillata*, media onza de cada uno. Mezcla todo junto, añade jugo de verbena y haz una confección bajo el sol, de la cual tendrás media onza. Luego, hazle sudar" (4).[3]

Es bien sabido que los vomitivos son útiles para tratar el envenenamiento por, por ejemplo, la ingestión de alimentos en mal estado o venenosos, como los hongos. En el libro de Alessio Piemontese, un libro de secretos comercial y a disposición de mucha más gente, hay un vomitivo contra cualquier veneno *ponçoña*, y otro específico para las setas, en el que se dice que "el vómito es el remedio más

1. Cfr. «Olio mirabile contro peste et contra veleno, et morso d'ogni animale venenoso, et di cane arrabiato, certo et probatissimo». (4)

2. Cfr. «Altro rimedio bello al medesmo Piglia rana acquatica, et cossì viva fendila in mezzo, et così subito subito mettila sopra il male, ligandola bene stretta, et così mutala così ogni mezza hora, et farai cossì per x o xii volte, che guarirà subito, et poi mettici lo sopradito impiastro». (4)

3. Cfr. «Piglia una onza di triaca magna, dictamo, gentiana, termentilla, et carlina, oncia i, bono arminio orientale, et terra siggillata, anna oncia mezza. Pistasi ogni cosa insieme, et di poi si confecta al sole con suco de verbena, et la presa di questa confectione, e una mezza onza, et di poi che l'hai pigliato, fate che suda. Et questa confectione anchora vale alla doglia di fianchi et alla doglia di matre, et di matrone, pigliandola con greco. <N>ota che questa confectione si può tenere gran tempo si la tieni in uno vaso di piombo ben oppilata». (4)

excelente entre todos". Estos vomitivos se preparan con piedra de bezoar (cuyo nombre viene del persa *pad-zahr*, antídoto, y se usaba como otro antídoto muy común, y son piedras hechas a partir de materiales orgánicos o inorgánicos atrapados en el sistema gastrointestinal) con leche, o ruda con orégano; La ruda es una planta muy tóxica, con efectos abortivos. Estuvo muy presente en el recetario medieval y moderno tanto en abortivos como en remedios generales, siendo una planta muy considerada tanto en aplicaciones médicas como rituales.

Existen diversos antídotos para la intoxicación por productos de origen mineral, como el mercurio, el arsénico o el sublimado. Sin embargo, me parece muy interesante mencionar que, aunque no sea muy frecuente, también podemos encontrar antídotos para la ingestión del flujo menstrual: como, por ejemplo, en esta receta de los *secreti* de Alessio Piemontese, cuyo título fue traducido al español cinco años después (1564) como remedio para tratar el "consumo de hongos o beber sangre menstrual", aunque en el original italiano se omite la referencia a la sangre menstrual en el título:

"*Remedio para quien haya comido hongos venenosos.* Debes vomitar bebiendo aceite de oliva con ceniza de ramas de vid o de peral, con sal y vinagre mezclados con agua. También es un buen remedio mezclar huevos con vinagre y agua. Y estos remedios son buenos para quienes bebieron cosas que les hacen ahogarse o se les dio a comer sangre menstrual, como a veces hacen las malas mujeres hacen" (3)[4].

No debe haber sido una situación demasiado inusual si la encontramos en un libro muy comercial, supuestamente escrito por un reverendo (aunque sabemos que no lo fue, pues es un pseudónimo) (6), y también en el recetario privado de un cardenal. Granvelle tiene una receta titulada «*De veneno menstrui mulieris*», en la que explica primeramente lo que el veneno es capaz de hacer en una persona, y luego la receta que se debe realizar para curar al paciente intoxicado. "*Sobre el veneno de la mujer menstrual.* Cuando se le da este veneno a alguien, muestra signos de locura, dolor de cabeza y rigidez en todo el cuerpo, y soñará con ver demonios, sangre y muchas otras razones para cuestionar su fe. Cuando veas estas señales inmediatamente [haz la receta]. *Receta*: Tome la sangre de un murciélago, de un gato, de una cabra y leche de perro, una dracma de cada uno. Dale de beber y quedará libre de la enfermedad" (4)[5].

4. Cfr. «Rimedio a chi havesse mangiato fongi venenosi
Se alcuno havesse mangiato fongi venenosi, si diè far vomitare, dandoli a bere olio d'olive e lissia fatta di cenere di sarmenti di viti, overo di rami di peri salvatichi con sale e aceto inacquato. Li giovano molto le uove di gallina bevute con aceto inacquato. Et questi rimedii son buoni similmente a chi havesse bevuto gesso o mangiato altra cosa che soffoca, e a chi fosse stato datto a mangiare sangue di mestruo, come alle volte fanno le malvagie donne». (3)

5. Cfr. «*De veneno menstrui mulieris*
Venenum hoc alicui traditum hec signa demonstrat videlicet frenesis, dolor capitis et rigor in toto corpore suo, et somniabitur iacendo videre demones, della sanguinolenta, et multa alia propter interroganda. Cum videris hec signa statim. Recipe: Sanguinem vespertitionis, felis, caprem, et lactis canini anna dramma i, sumat et liberavitur». (4)

Paradójicamente, para tratar una intoxicación sanguínea creían necesitar ingerir aún más sangre.

En conclusión, este es un estudio en curso sobre los venenos en la Italia del siglo XVI desde la perspectiva de los antídotos más utilizados. Estos se pueden encontrar, como acabamos de ver, en los recetarios privados de la nobleza, los ricos y los literatos, pero también en los libros más comerciales, disponibles también para los menos ricos y los menos literatos. Estas recetas, sus ingredientes y preparaciones añaden otra dimensión a la historia de los venenos, a menudo centrada en los planes para heredar un reino y el uso de brebajes sofisticados: pensemos en los Medici o los Borgia.

Con esta información, la que obtenemos del estudio de los antídotos en los recetarios, podemos añadir realismo a la historia de la toxicología. Puede que sea menos elegante e intrigante, pero igual de fascinante.

AGRADECIMIENTO Y FINANCIACIÓN

Este trabajo ha sido desarrollado en el marco del proyecto *Recetario para las enfermedades femeninas en Europa. Siglos XVI-XVII* (IP Maria Muñoz Benavent) financiado por la Generalitat Valenciana (código CIGE/2022/162).

BIBLIOGRAFÍA

1. Duranti, Tommaso (2023), Ammalarsi e curarsi nel medioevo. Una storia sociale, Roma, Carocci Editore.

2. Cortese, Isabella (1565), I secreti della signora Isabell cortese, ne quali si contengono cose minerali, medicinali, arteficiose e alchemiche, Venecia, Giovanni Barletto.

3. Ruscelli, Girolamo (1559), De' secreti del reverendo donno Alessio Piemontese, Milán, Giovanni Antonio de gli Antonii.

4. Muñoz Benavent, Maria (2024), El recetario napolitano del cardenal Granvelle, Valencia, Tirant lo Blanch.

5. Benavent, Júlia; Bucuré, Miriam (2017), Epistolario inédito entre Ruggero de Tassis y el cardenal Granvelle (1536-1565). Edición y notas, Prato, Istituto di studi storici postali, Quaderni di storia postale, nº 34.

6. Mollà, Paula (2023), I secreti della Signora Isabella Cortese. Edición crítica, Valencia, Tirant lo Blanch.

La *sanitas per corpus* del galenismo: el discurso sobre el *corpus temperatum* (1564) de Cristóbal de Vega (1510-1573)

Justo Hernández
Universidad de La Laguna
justoh79@hotmail.com

Este trabajo estudia cómo el cuerpo determina la salud en Galeno y el galenismo (*sanitas per corpus*). Hemos analizado el discurso sobre el *corpus temperatum* que Cristóbal de Vega intercala en su *Liber de arte medendi* (1564), en la *sectio* I del libro II, dedicada a *De aere*, la primera cosa no natural. Reza así: "los signos del cuerpo templado presentan todos moderación: pues en su composición ni será grande ni pequeño, ni delgado ni obeso, sino que poseerá un aspecto intermedio y será bien proporcionado y sus partes corresponderán proporcionalmente a sus partes, de este modo la magnitud del cuello corresponderá con el tamaño de la cabeza y del tórax, la amplitud con ambos y la mano será proporcional con la medida del brazo y el pie con el de la pierna. Además, cuando los brazos y las piernas se estiren al máximo, la punta de los dedos de las manos distarán del ombligo lo mismo que los de los pies, de tal modo que trazada una línea a través de sus partes más extremas con un pie de compás clavado en el punto medio surja un círculo perfecto cuyo centro será el ombligo. Elevado un poco el tórax, la figura de la cabeza será semejante a una esfera levemente comprimida por ambos lados; también moderado en calor y en frío y en humedad y en sequedad, ni duro ni blando, ni velludo e hirsuto ni tampoco calvo, sino cubierto de pelos en la cabeza, en la barba, en las cejas y en las pestañas, a la inversa que en las partes pudendas, en el pubis, en los muslos y en las ingles, más escasos, como también en el tórax y en la parte extrema de los brazos, en las piernas más escasos, pocos también, y en los pies y en las manos muy finos y muy pequeños. El color de todo el cuerpo entre el blanco y el rojo, con las mandíbulas un poco más rojizas, color que también conservan las uñas, los labios serán aún más rojos que las mandíbulas. Y esto no se debe buscar en todas partes sino en la región templada y en un lugar templado y en el hombre que no se exponga al sol estival ni a los duros fríos. Las venas ni muy dilatadas ni muy prominentes ni muy oscuras. Tendrá el pulso muy enérgico, moderado en intensidad, rapidez y frecuencia, igual y ordenado y de buen ritmo, también las facultades naturales vigorosas y las facultades animales proporcionadas con aquellas, hasta tal punto que solo apetezcan lo que puedan digerir. Las acciones moderadas de las facultades naturales harán que la orina en la edad de la juventud sea algo roja, de consistencia moderada; con tres micciones al día. Orinará cuando apetezca a la naturaleza, temprano, al mediodía y al acostarse. Las deyecciones serán proporcionadas a la cantidad de alimentos, blandas, consistentes, marrones, ni

muy fétidas ni totalmente inodoras; se defecará temprano, o nuevamente a lo largo del día. Exclúyanse las causas manifiestas: referimos aquellas que, según naturaleza, pertenecen al cuerpo conmensurado. Según las facultades animales, no será ni insomne ni somnoliento, ni perezoso ni más activo de lo justo, ni iracundo, ni apático. Será misericordioso, humano, piadoso, prudente, amigo de sus amigos, de amena conversación, educado y de aspecto hermosísimo". Todo esto se aprecia muy bien al contemplar la estatua de Policleto, pues es la regla (*regula*, canon) para medir los cuerpos con temperamento desequilibrado (1, p. 199).

¿Por qué este texto se incluye en el libro II dedicado a las seis cosas no naturales? Resulta que Cristóbal de Vega ya había dedicado a los temperamentos el capítulo IV del libro I. La razón es que como el cuerpo determina el temperamento de una persona, habría que conocer primero el *corpus temperatum* para tener una referencia exacta. El cuerpo templado será el sano, eucrático, cuyo temperamento será justo, mensurado, equilibrado, sin excesos ni defectos. Serán las cosas no naturales las que el médico utilizará para que el cuerpo regrese a su temperamento debido. Por eso Cristóbal de Vega recogerá aquí un fragmento del *De architectura* de Marco Vitruvio que supone una interesante novedad en esta comunicación pues no lo recoge Galeno: "las partes de los templos deben guardar una correspondencia de conmensuración (*symmetria*) lo más exacta posible entre cada una de ellas y entre ellas y la total del edificio. El centro del cuerpo es por naturaleza el ombligo; si se coloca un hombre boca arriba (decúbito supino) con las manos y los pies completamente extendidos, y se sitúa la punta fija del compás sobre su ombligo al trazar una circunferencia la línea tocará los dedos de los pies y de las manos" (2, III, p. 1). Para Vitruvio el concepto esencial es la simetría del cuerpo, cuyas partes guardan proporción entre sí y entre estas y el todo. Así, Vega hablará de la *commensuratio* del cuerpo y de sus partes, tal como Galeno lo expresa al hablar del concepto de salud (*sanitas*). Para el pergameno la salud consiste y se constituye con la correcta combinación de las partes similares y con la correcta compostura (composición) de estas en las partes orgánicas. Pues no basta solo la exacta combinación o perfecta mixtura de lo caliente, lo frío, lo seco y lo húmedo, sino que el cuerpo se conforme y se constituya merced a la posición, el tamaño, la forma y el número de sus componentes. Porque podría ocurrir que las partes del cuerpo estén bien combinadas y sin embargo no se conjunten bien en lo que respecta a su tamaño, número, forma o relaciones entre cada una de esas partes constitutivas. Y no sería entonces un cuerpo templado o saludable. A esa perfecta y exacta conformación armónica del cuerpo le seguirá necesariamente el correcto funcionamiento de las facultades, natural, vital y animal (3, p. 976). Así lo refleja Cristóbal de Vega en su discurso sobre el *corpus temperatum* en su *Liber de arte medendi* (1564).

Pero Marco Vitruvio añade a la simetría un concepto que se convertirá en uno de los principios más básicos de la filosofía natural. El cuerpo del hombre, su simetría, sus proporciones, es el modelo de los templos. Aunque Vega no lo cite explícitamente, lo asume. Pues "a partir de la noción de perfección armónica de «la estructura del hombre en su totalidad» (*tota hominis fabricatio*) que Cicerón

atribuyó a la acción provisoria de los dioses, Vitruvio sostuvo que los griegos habían establecido en sus edificios «una exacta conmensuración de cada una de las partes con el todo» como emulación de la armonía del cuerpo humano, cuyos miembros tenían «proporción y correspondencia con todo él»" (4, p. 642). Por eso, los tratados de anatomía del segundo tercio del quinientos identificarán la estructura (fábrica) del cuerpo humano templado y rectamente proporcionado con la del edificio arquitectónico. Y la compostura del cuerpo templado reflejará la compostura moral de esa persona.

También la compostura (composición), la simetría, la armonía del cuerpo proporciona belleza. La medicina hipocrática señaló que la salud era justicia, belleza, pues procedía de un cuerpo justo y bello (5, pp. 186-187).

Vega explica que el cuerpo templado tendrá un aspecto hermosísimo (*visu pulcherrimus*), porque la simetría es belleza y la belleza es salud. Precisamente hay un pasaje semejante en el *Examen* de Huarte de San Juan. En el penúltimo capítulo hablará de la habilidad del oficio de rey indicando y explicando las manifestaciones y signos que caracterizan al príncipe de temperamento perfecto sosteniendo que "ser bien proporcionado y airoso, de buena gracia y donaire, de manera que la vista se recree en mirarlo como figura de gran perfección" (6, pp. 578-589). En este punto, no se olvide que Juan Huarte de San Juan fue alumno de Cristóbal de Vega en Alcalá. Galeno también exaltará la belleza del cuerpo templado, por tanto, sano. Y utilizará la definición de belleza de Crisipo: "la belleza no reside en cada uno de los elementos, sino en la armoniosa proporción, de las partes, en la proporción de un dedo respecto al otro, de todos los dedos respecto al resto de la mano, del resto de la mano respecto a la muñeca, de esta respecto al antebrazo, del antebrazo respecto a todo el brazo, es decir, de todas las partes respecto a todas las otras" (7, p. 449). Es evidente que Vitruvio ha tomado su idea de simetría de Crisipo.

Finalmente, Vega nos habla de Policleto: "se ve al contemplar la estatua de Policleto, pues es la regla (*regula*, canon) para medir los cuerpos con temperamento desequilibrado" (1, p. 199). Galeno cita la estatua del escultor griego como medida (canon) en tres de sus libros: *De temperamentis*, *Artis medica* y *De placitis Hippocratis et Platonis*, que es el que recupera lo poco que se sabe del Canon de Policleto a través de Crisipo La contemplación de la estatua de Policleto nos proporciona los signos del cuerpo templado. Pero ¿qué estatua es? El doríforo.

Los textos aquí recogidos y comentados nos dan una idea cabal del corporalismo naturalista de Galeno y del galenismo que propugna que la salud procede del cuerpo (*sanitas per corpus*). Se trata de un consistente determinismo del cuerpo en relación con la salud y con las facultades. Así lo manifestará en su *Quod animi mores corporis temperamenta sequantur* del que el *Examen de Ingenios* no será más que una glosa renacentista.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vega, Cristóbal de (1564), Liber de arte medendi, Lyon, Guillermo de Rouillé.

2. Vitruvius, Marcus (1511), De architectura libri decem, Venecia, Juan de Tridino.

3. Singer, Peter (2014), The Fight for Health: Tradition, Competition, Subdivision and Philosophy in Galen's Hygienic Writings, British Journal for the History of Philosophy, 22, (5), 974-995.

4. Martín Sánchez, Julio (2024), Analogías médico-arquitectónicas e idea de la restauración en fray Lorenzo de San Nicolás, Hipogrifo, 12, (1), 641-669.

5. Laín Entralgo, Pedro (1970), La medicina hipocrática, Madrid, Revista de Occidente.

6. Huarte de San Juan, Juan (1575), Examen de ingenios, Baeza, casa de Juan Bautista de Montoya [Edición de Guillermo Serés, Madrid, Cátedra, 1989].

7. Galeno, De placitis Hippocratis et Platonis, (Liber 5. Ediciión de Karl Gottlob Kühn).

Lingüística médica: las Relaciones Geográficas y la patocenosis de la época de contacto (1521-1580) en la Nueva España

Sandra Elena Guevara Flores
Unidad de Historia de la Medicina-Instituto de Historia de la Ciencia-Universitat Autónoma de Barcelona
sandraelena.guevara@uab.cat

INTRODUCCIÓN

El Virreinato de la Nueva España fue el escenario en el que la interacción entre individuos del Viejo y Nuevo Mundo, dio paso a la interacción de patógenos que produjeron nuevas enfermedades tanto en ibéricos como en indígenas (1).

La historiografía médica ha estudiado, principalmente, las epidemias resultado del encuentro bacteriológico en la Nueva España. Dichos fenómenos biológicos se concentran en la época de contacto, que abarca los años de 1521 a 1560, aunque duró más allá de 1580, parte de la "época colonial (2). En este periodo inició la fusión de sistemas médicos, específicamente la *ticiotl* o medicina mexica y el galenismo-hipocrático ibérico, con el fin de hacerle frente a los problemas sanitarios de índole varia, que afectaban a los diversos sectores de la nueva población novohispana (3). El resultado es nombrado medicina de la conversión, sistema intermedio entre la *ticiotl* y la medicina novohispana, en la que no solo convergen las medicinas de los sectores poblaciones, también la religión e instituciones ibéricas y mexicas (4).

Pese al estudio de la medicina de la conversión en la última década, la historiografía contemporánea no ha abordado su patocenosis (5), o presencia de estados patológicos (enfermedades) en una misma época y contexto. Es por lo anterior que sigue sin conocerse a detalle la salud y enfermedad en los primeros sesenta años del Virreinato de la Nueva España.

El objetivo de esta investigación es conocer los padecimientos de la patocenosis de la conversión en la sociedad de la Nueva España durante la época de contacto (1521-1580) a través de las Relaciones Geográficas. Estos documentos, formulados para obtener información de la historia natural de las colonias ibéricas, contienen el lenguaje de interacción social (6) que lleva a conocer los padecimientos de la época de contacto como constructos socioculturales, a través del análisis grafémico (7). De esta forma, la patocenosis de la época de contacto se concibe como un conocimiento generado en el espacio de frontera cultural que le permitió a los habitantes de la sociedad de la época de contacto, entablar un diálogo entre sistemas médicos, con formas diversas de entender y explicar la salud, la enfermedad y la muerte de los cuerpos (8).

Igualmente, esta investigación inicia la línea de Lingüística médica, sustentada en el lenguaje de la interacción social. Ésta considera que el vocabulario de la enfermedad y la salud está en el lenguaje de los miembros de la sociedad, y al explorar las palabras asociadas, situaciones y formas de experiencia relacionadas al padecimiento, se da la aproximación a las estructuras de la realidad social más significativa, logrando un mejor entendimiento de la construcción sociocultural del padecimiento (6). El término padecimiento permite aproximarse a las enfermedades ocurridas en el pasado al considerar que éstas se enfocaban en los síntomas y condiciones sociales de los pacientes, siendo la enfermedad una construcción sociocultural creada en y a través de una red de signos y símbolos que solo tienen sentido al grupo en el que ocurren (9, 10).

RELACIONES GEOGRÁFICAS

El Consejo de Indias hizo circular en sus colonias americanas y filipinas, en el siglo XVI, cuestionarios de cincuenta preguntas elaborados por Juan López de Velasco y Juan de Ovando, cronista y presidente del Consejo, respectivamente. El valor de estos cuestionarios, conocidos como Relaciones Geográficas del siglo XVI, Relaciones de Indias, o Relaciones histórico-geográficas, se debe a la cuantiosa información proporcionada y recabada entre 1579 y 1581 (11, 12).

Las Relaciones Geográficas representan un desarrollo científico por la sistematización de saberes sobre contextos diversos, al igual que una tradición discursiva nueva, que permite conocer un contexto específico, y así analizar aspectos de la población acorde a su visión y entendimiento. Igualmente, los documentos permiten identificar la convergencia de actores sociales que conformaban la Nueva España, representados en servidores a la corona, escribanos, traductores e informantes, todos ellos denotando influencia ibérica, indígena, asiática y africana (13, 4).

La aportación a la lingüística médica de las Relaciones Geográficas es la identificación de las voces sociales de la sociedad novohispana en la época de contacto. En sus páginas hay nociones del vulgo y de profesionistas de diversa índole, dando un diálogo entre lo profesional y lo social, que ejemplifica la construcción y aceptación de los saberes. Y para el caso de la medicina, denota la aceptación y creación de conocimientos médicos para lograr la salud y bienestar poblacional del lenguaje de interacción social (14).

METODOLOGÍA

Las respuestas e interpretaciones de los cuestionarios de las Relaciones Geográficas fueron discrecionales, plurales, en ocasiones arbitrarias y contradictorias, por lo que su interpretación y análisis es más que problemático (8). Las interpretaciones plurales es el aporte para aproximarse a la patocenosis y medicina de la conversión de la época de contacto novohispano. Esto debido a que el análisis de la información permite percibir tres personajes (muy simplificadamente) que participaron en su contestación: la autoridad, el escribano y los informantes. De otro modo más sintético, los tres personajes anteriores

representan a ibéricos, mestizos, indígenas, asiáticos y africanos, todos ellos elementos que conformaban la sociedad colonial (7, 15, 12).

Los tres personajes plasmaron el lenguaje de la interacción social al emplear un vocabulario vulgar en las respuestas para el campo de la salud, al padecimiento y/o medicina en su vida cotidiana (14, 8). Además, la información de las Relaciones son un corpus de americanismos del siglo XVI que conforman un grupo de datos lingüísticos con la finalidad de constituir la evidencia empírica. A su vez, corresponde a la designación socialmente aceptada en cada territorio americano para asuntos referentes a la patocenosis de la medicina de la conversión (15).

Por la relación ticiotl y galenismo ibérico, mediante el lenguaje náhuatl y castellano, las respuestas a analizar de las Relaciones corresponden a las zonas de Antequera, Tlaxcala, y México. El léxico empleado comprende un reto heurístico y hermenéutico sin precedentes, que implica primero identificar a los informantes, para reconstruir sus sistemas socioculturales. Posteriormente, los vocablos y su análisis denotarán las tensiones entre los sistemas médicos de los informantes y escribanos para poder explicar los padecimientos de unos, con el lenguaje e interpretaciones de otros (8, 7).

Finalmente, el análisis grafémico permitirá identificar la voz de los informantes indígenas por los vocablos indígenas (7). Estos, en un texto ibérico, resaltan la adaptación del préstamo indígena en la fonología del español como mediador de aclimatación léxica, así como una traducción cultural (16).

RESULTADOS Y METAS

Con la aproximación a la patocenosis de la época de contacto, se presentará la línea de investigación de la lingüística médica. Es decir, se identificarán los vocablos del lenguaje de interacción social referentes a la salud y enfermedad (para casos históricos el padecimiento), del contexto de contacto y la medicina de la conversión, como construcciones socioculturales entendibles en su contexto.

Esta investigación enfatiza el empleo de las Relaciones Geográficas como fuentes de información que amplían el conocimiento de las nociones de salud y enfermedad por la hibridación de sistemas médicos en la primera mitad del siglo XVI en la Nueva España. Estos documentos gubernamentales, poco empleados para conocer la patocenosis y salud de la época de contacto novohispana, con una metodología poco empleada, permite recrear aspectos ignorados de la historia natural, como la salud y enfermedad. Igualmente, se aumentará el conocimiento sobre la medicina de la conversión, los sistemas médicos prehispánicos de habla náhuatl, y las medicinas ibéricas.

Finalmente, con el estudio de las Relaciones Geográficas no sólo se amplía el vocabulario médico empleado en la época colonial de la Nueva España. También se sientan las bases para comprender con mayor claridad la medicina que se practicó durante tres siglos y, que aún hoy en día, sigue dando respuestas a las preguntas de salud de la población que practica una medicina tradicional en México.

BIBLIOGRAFÍA

1. Good, Byron J (1977), The heart of what´s the matter: the semantics of illness in Iran, Culture, Medicine and Psychiatry, 1, 25-58.

2. Pardo-Tomás, José (2016), La frontera de los cuerpos. Explicaciones de la catástrofe demográfica en las Relaciones Geográficas de Indias. En: Betrán, José Luis; Hernández Bernat; Moreno, Doris, eds. Identidades y fronteras culturales en el mundo ibérico de la Edad Moderna. Bellaterra, UAB, pp. 415-425.

3. Grmek Drazen, Mirko (1963), Géographie médicale et histoire des civilisations, Annales. Economies, Sociétés. Civilisations. 18e année, 6, 1071-1097

4. Ocampo Rosales, Ma. Genoveva (2005), La salud y enfermedad en las Relaciones Geográficas del siglo XVI (1579-1585). Tesis de Maestría en Estudios Mesoamericanos. Universidad Nacional Autónoma de México.

5. Pedrote Romero, Antonio; Bravo-García Eva (2019), La autoría de las Relaciones Geográficas mexicanas: las voces náhuatl a través de los redactores, Anuario de Estudios Americanos, 76 (1), 123-153.

6. Pardo-Tomás, José (2014), La medicina de la conversión: el convento como espacio de cultura médica novohispana. En: Pardo-Tomás, José; Sánchez Moreno, Mauricio, coords. Geografías médicas. Orillas y fronteras culturas de la medicina hispanoamericana (siglos XVI y XVII). Ciudad de México, UNAM-CIICH, pp. 17-46.

7. Stoll, Eva (2019), La voz indígena en Relaciones Geográficas del siglo XVI. En Cuadernos de la ALFAL, 11, 216-230.

8. Arrizabalaga, Jon (2002), Problematizing retrospective diagnosis in the history of disease, Asclepio, 54(1), 51-70.

9. Ramírez Luengo, José Luis (2015), Algunas notas sobre el léxico médico en la Nueva España Dieciochesca: voces culturales y populares en la denominación de las enfermedades, Cuadernos dieciochistas, 16, 291-310.

10. Guevara Flores, Sandra Elena (2018), A través de sus ojos: Médicos indígenas y el cocoliztli de 1545 en la Nueva España, eHumanista: Journal of Iberian Studies, 39, 36-52.

11. Rosenberg, Charles E (1997), Framing disease: illness, society and history. En: Rosenberg, Charles; Golden, Janet, eds. Framing disease: studies in cultural history. New Brunwick, Rutgers University Press, pp. 8-26.

12. Cáceres-Lorenzo, María Teresa (2017), Taxonomía de los documentos del siglo XVI: las Relaciones Geográficas de Indias para un corpus sobre americanismos léxicos, Estudios Filológicos, 59, 31-46.

13. Guevara Flores, Sandra Elena (2023), Las medicinas galénica-ibérica y mexica en la Nueva España de inicios del siglo XVI. En: Martínez Hernández, Gerardo coord. Ciencia y sociedad: Estudios sobre el quehacer científicos en México, siglos XVI al XX. Ciudad de México, UNAM, pp. 31-68.

14. Delgado López, Enrique; Pérez Durán, Marco Antonio; Torres Montero Gabriela (2011), Las cosas de la tierra: Las enfermedades en las Relaciones Geográficas del siglo XVI. En: Parodi, Claudia; Rodríguez Jimena, eds. Centro y Periferia. Cultura, Lengua y Literatura Virreinales en América. Madrid, Iberoamericana-Vervuert, pp. 125-146.

15. Malvido, Elsa (1992), ¿El arca de Noé o la caja de Pandora? Suma y recopilación de pandemias, epidemias y endemias en Nueva España, 1519-1810. En: Cárdenas de la Peña, Enrique, ed. Temas médicos de la Nueva España. Ciudad de México, Editorial Creatividad y Diseño, pp. 60-61.

16. Vera Castañeda, Julio (2021), Heterogeneidad y traducción cultural de la materia médica de Nueva España (Segunda mitad del siglo XVI), Historia, 54, (1), 319-347.

De los terapeutas nativos a la medicina virreinal: aculturación, supervivencia del Ticiotl y persistencia del Ritual en el Valle de México

María Cristina López Ortego
Servicio Extremeño de Salud. UCM
clopezortego69@gmail.com

El estudio de la aculturación, la supervivencia del conocimiento médico indígena (*Ticiotl*) y la persistencia de rituales nativos en el contexto de la medicina virreinal en el Valle de México constituye actualmente un reto para historiadores y antropólogos. Planteamos la adaptación y coexistencia de las prácticas médicas indígenas y europeas, así como la integración de los sanadores nativos en el sistema de salud colonial.

Consideramos el contexto histórico comprendido desde la época prehispánica, donde los *Titici* y *Tlamatinime* eran sanadores y sabios respetados, hasta el periodo virreinal de los siglos XVI y XVII, en el cual se enfrentaron a la imposición de la medicina europea.

Durante la conquista y colonización, la alta morbimortalidad obligó a los colonizadores a integrar a los sanadores indígenas en su sistema de salud, valorando su conocimiento empírico.

Proponemos como hipótesis principal esta incorporación de los sanadores indígenas a los centros hospitalarios coloniales y la aceptación de sus prácticas contribuyendo a la formación de una medicina mestiza, permitiendo la supervivencia del conocimiento y rituales nativos.

Los objetivos de nuestra investigación suponen, analizar estos mecanismos de adaptación e integración nativos a través especialmente de fuentes históricas.

Las preocupaciones por las pestilencias llevaron a finales del siglo XVI y principios del XVII a desarrollar un interés por su control mediante una política de salud pública y el empleo de sanadores nativos, supervisados por religiosos y galenos (1).

Los *Titici*, pertenecían a la antigua tradición del *Ticiotl*, un conjunto de conocimientos sobre salud, enfermedad y remedios cuya naturaleza y fundamentos diferían del pensamiento occidental contemporáneo, considerando la enfermedad dentro de su cosmovisión (2). Además, conocían las necesidades de la población, eran expertos en higiene y salud medioambiental y actuaban sobre las causas mágicas de la enfermedad.

Muy respetados en la primera mitad del XVI, la insuficiencia de galenos peninsulares y el desbordamiento institucional por las epidemias de la segunda mitad del XVI condujeron a la necesidad de su empleo.

Existía una gran cantidad de especialistas de tradición indígena, los considerados útiles, se dedicaron a la herbolaria, excluyendo de su terapéutica conjuros y rituales prehispánicos.

Otro gran número de sanadores nativos consideraron que sus conocimientos podían ser aceptados dentro de los europeos, accediendo a sus fuentes. Un ejemplo es el *Códice de la Cruz Badiano* (3), elaborado en Tlatelolco en 1552, solicitado por el hijo del Virrey Mendoza como regalo a Carlos V. Escrito por Martín de la Cruz, *Ticitl* que plasma su conocimiento en náhuatl y Juan Badiano, nativo que lo traduce al latín, adaptando la cosmovisión nativa a la sociedad colonial (4).

Un último grupo fueron los curanderos (5) que cubrían unas necesidades marcadas por las diferencias de clases, actuando en el marco sobrenatural, pudiendo producir enfermedades y recurriendo a la terapéutica empírica con hierbas, conjuros y rituales, incorporando de manera sincrética santos católicos e integrando aspectos de la ideología dominante (6).

Las situaciones epidemiológicas de 1545 y 1575-76, obligaron a repensar las estrategias sanitarias. Los religiosos, priorizaron la conversión al cristianismo y la confesión de los pecados dentro del hospital adaptando la asistencia y la arquitectura para facilitar los cuidados del alma**,** generando unas terapias sincréticas. Surge así la primera de las formas en que los *Titici* fueron incorporándose a estos centros según el modelo religioso de las Cofradías, plasmado en las *Ordenanzas* (1552) de Alonso de Molina (7) y los Pueblos Hospitales de Vasco de Quiroga (1537) en Michoacán (8).

La segunda forma de asistencia nativa en centros hospitalarios similares a los peninsulares se produce en el último tercio del XVI.

Fray Bernardino de Sahagún (9, 10), constituye un caso especial, inicialmente los reconoce para después quejarse de la carencia de médicos españoles sobre todo en 1576 (10). Carlos Viesca (6) atribuye esta contradicción a la elevada mortalidad del *Cocoliztli*, que le hicieron extrañar los remedios europeos.

Otra fuente es *La Historia de los Indios de la Nueva España* de fray Toribio de Benavente, *Motolinía* (11), que nos permite distinguir las prácticas médicas en hospitales como una transferencia de conocimiento (12).

Los hospitales se constituyeron así en núcleos de intercambio y producción de saberes entre religiosos, médicos de formación universitaria, y *Titici*, permitiendo un nuevo enfoque de abordaje de la enfermedad, configurando la medicina de la conversión (13, 14).

En este contexto, encontramos descripciones sobre el trabajo de los *Titici* y *Tlamatinime* en varios cronistas y documentos de la época.

En primer lugar, el Protomédico Francisco Hernández en su ejercicio en el Hospital Real de San José de los Naturales, en Ciudad de México (1574-1576), reconoce su colaboración, sobre todo durante el *Cocoliztli* de 1576. Discrepa en el uso de los remedios priorizando el conocimiento occidental (15) manteniendo en su *Historia natural de la Nueva España* la nomenclatura en náhuatl de la flora y la fauna mexicanas.

El segundo testimonio procede del cirujano Alonso López de los Hinojosos (16) que realizó autopsias en el mismo centro en 1576.

La incorporación de sanadores nativos al Hospital de San José, propició que la desconfianza y el rechazo a los especialistas españoles se quebrara, aceptando el ingreso y viendo los beneficios de la atención conjunta.

Un tercer documento refuerza nuestra hipótesis: la *Relación de Çultepec* (1583), del Arzobispo de México Pedro Moya de Contreras. En él se exponían la situación y financiación de los seis hospitales de la Ciudad de México (17) reflejando el empleo de terapeutas nativos, como en las *Ordenanzas* de Alonso de Molina.

Pasada la primera mitad del XVI, encontramos el *Tesoro de las Medicinas de* Gregorio López, quien residió en el Hospital de Oaxtepec con sanadores nativos, complementando la medicina y farmacopea aprendidas en el Monasterio extremeño de Guadalupe (1).

Sin embargo, según transcurre el siglo XVII, el pensamiento dominante entre médicos y religiosos evolucionó a creer que medicina es aquello que tiene que ver con su modelo peninsular.

Además, tienen lugar dos hechos, el primero es el movimiento de extirpación de idolatrías, encabezado por Hernando Ruiz de Alarcón (1587-1646), cura párroco de Atenango (Guerrero). Su *Tratado de las Supersticiones* de 1629 (18), recoge cerca de 90 conjuros de indígenas coixcas y tlahuicas, identificando la terapéutica nativa con la brujería y el diabolismo. El segundo, la imposición de la medicina occidental, que relega a la tradición indígena a un papel secundario que acabaría confinando a los especialistas como “curanderos” y “sanadores populares” papel que se mantiene hasta hoy.

Concluimos destacando cómo en la medicina indígena actual, se consideran el medicamento, el rito y el conjuro fundamentales para el tratamiento y a diferencia de la medicina occidental, el medicamento pasa a ser un vehículo del poder mágico que es asignado por el terapeuta, de esa manera el ente espiritual, o divino que lo impregna es el causante de la curación.

El sanador tradicional contemporáneo (19, 20) conoce los factores psicosomáticos del enfermo, equilibrando mente y cuerpo, configurando un todo dentro del complejo fenómeno de la salud, posibilitando incrementar las esperanzas para la curación en el contexto de enfermedades culturales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comas Camps, Juan (1964), “Un caso de aculturación farmacológica en la Nueva España del siglo XVI: el ‘Tesoro de medicinas’ de Gregorio López”, Anales de Antropología, 1(1), 145-173.

2. Guevara Flores, Sandra Elena (2018), “A través de sus ojos: médicos indígenas y el cocoliztli de 1545 en la Nueva España”, eHumanista: Journal of Iberian Studies, 39, 36-52

3. Cruz, Martín de la (1996), Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis, México, FCE.

4. Afanador Llach, María José (2011), “Nombrar y representar: escritura y naturaleza en el Códice de la Cruz Badiano”, Fronteras de la Historia, 16(1), 13-41.

5. Quezada, Noemí (1990), “El curandero colonial, representante de una mezcla de culturas”. En: Aguirre Beltrán, Gonzalo; Moreno de los Arcos, Roberto, coords., Medicina Novohispana siglo XVI, México, UNAM, pp. 313-328.

6. Viesca Treviño, Carlos (1997), Ticiotl, conceptos médicos de los antiguos mexicanos, México, UNAM.

7. Molina, Alonso de (2002), Nahua Confraternities in Early Colonial Mexico: The 1552 Nahual Ordinances of fray Alonso de Molina, OFM, Editado por Barry D. Sell, Publications of Academy of AAFH.

8. Moreno, Juan José (2005), Fragmentos de la vida y virtudes del Ilmo. y Rmo. Sr. D. Vasco de Quiroga, Alicante, BVMC.

9. Sahagún, Bernardino de (2001), Historia General de las Cosas de la Nueva España, Madrid, Crónicas de América, Dastín.

10. Sahagún, Bernardino de, Códice Florentino (2003), Edición facsímil, Madrid, Espassa-Ebrissa.

11. Benavente, Toribio (2001), Historia de los Indios de la Nueva España, Madrid, Crónicas de América, Dastín.

12. Sallent del Colombo, Emma (2016), “Transferring Natural Knowledge in Early Colonial New Spain from Franciscan Sources: Motolinía´s Historia de los Indios de la Nueva España (1541-1569)”. En: Wendt, Helge, ed., The Globalization of Knowledge in the Iberian Colonial World, Alemania, Max Planck Institute for the History of Science, pp. 139-161.

13. Pardo-Tomás, José (2014), “Pluralismo médico y medicina de la conversión: Fray Agustín Farfán y los agustinos en la Nueva España, 1533-1610”, Hispania, 74(248), 49-776.

14. Pardo-Tomás, José, (2018) Hospitals in Mexico City in the 16th Century. Conversion Medicine and the Circulation of Medical Knowledge. En: Polónia, Amélia; Bracht, Fabiano; Conceição, Gisele C., eds., Connecting Worlds: Production and Circulation of Knowledge in the First Global Age, Cambridge Scholars Publishing, pp. 170-175.

15. Hernández, Francisco (1959), Obras completas. México, UNAM.

16. López de Hinojosos, Alonso (1595), Summa y recopilación de cirugía, con un arte para sangrar, y examen de barberos, John Carter Brown Library. https://archive.org/details/summayrecopilaci00lpez, pp. 187-204.

17. Moya de Contreras, Pedro (1975), “Relación de los hospitales de la ciudad y del arzobispado de México, hecha por orden del Arzobispo don Pedro Moya de Contreras. México, 4 de abril de 1583”. En: Cuevas, Mariano, ed., Documentos inéditos de siglo XVI, México, Porrúa, pp. 325-329.

18. Ruiz de Alarcón, Hernando (1987), “Tratado de las supersticiones y costumbres gentílicas que hoy viven entre los indios naturales de esta Nueva España (1629)”. En: El alma encantada, México, FCE, pp. 125-223.

19. Campos Navarro, Roberto (2001), “Adecuaciones interculturales en los hospitales para indios en la Nueva España”, Gaceta Médica Mexicana, 137(6), 595-608.

20. Word Health Organization, (2023). WHO traditional medicine stategy: 2023-2024. http://www.who.int/publications/i/item/9789240078479

Ciencia, salud y cocina en la gastronomía española contemporánea (1904-1931)

Maria Tormo-Santamaria
Universitat d'Alacant
maria.tormo@ua.es

&

Virginia Rubio Berenguer
Universitat d'Alacant
vrb2@gcloud.ua.es

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas del siglo XIX y primeras del XX, al igual que en otros países europeos, España inició el proceso de institucionalización de la gastronomía y las artes culinarias. Este proceso se manifestó en la creación de asociaciones profesionales, escuelas de cocina y publicaciones especializadas que incorporaban los nuevos conocimientos científicos de la nutrición (1,2). Como han señalado diversos autores, la evolución de la cocina ha estado históricamente ligada a procesos de cambio cultural, científico y tecnológico, y la institucionalización gastronómica en España no fue una excepción (3). Este proceso respondió no solo a la necesidad de sistematizar la formación culinaria mediante asociaciones, escuelas y publicaciones especializadas, sino también a una creciente conciencia sobre el papel de la alimentación en la salud pública y en la construcción de identidades culturales (4,5).

Durante este periodo, comenzó a desarrollarse una línea de pensamiento que integraba cocina y salud, con especial énfasis en la dietética. Como han señalado Francisco Abad Alegría (6) y Josep Bernabeu Mestre y María Tormo Santamaría (2), la introducción de principios científicos en el ámbito culinario supuso una transformación profunda tanto en el discurso como en las prácticas cotidianas. Este vínculo se expresó de manera temprana en revistas como *La cocina elegante (1904–1905)* y *El gorro blanco (1906–1919)*, dirigidas por Ignasi Domènech, figura clave en la divulgación culinaria moderna en España (7,8).

Además, diversos autores y autoras como Matilde García del Real, Carmen de Burgos ("Colombine"), Nieves González Barrio y José Sarrau Guardan se implicaron en la tarea de difundir conocimientos técnicos y dietéticos, especialmente entre las mujeres, incluidas las amas de casa, y los sectores con vocación educativa o filantrópica (9).

El objetivo de este trabajo ha sido el de analizar cómo se integró la salud, a través de la dietética, en la cocina durante la institucionalización de la gastronomía en España en la primera mitad del siglo XX, mediante una metodología de análisis cualitativo y documental, centrada en el análisis de fuentes primarias publicadas entre 1904 y 1931. El trabajo ha consistido en una lectura crítica de publicaciones especializadas y manuales de cocina, con especial atención a los discursos que articulan la relación entre alimentación, salud y rol social. Se ha considerado también la dimensión pedagógica y filantrópica de las autoras y autores analizados, así como el contexto histórico e institucional que favoreció la aparición de estos materiales.

Las principales fuentes de estudio han sido las revistas *La cocina elegante (1904-1905)* y *El gorro blanco (1906-1919)*; los manuales y obras pedagógicas de Matilde García del Real, como *La cocina de la madre de familia (1908*) y *Cocina dietética y cocina española (1929);* Las publicaciones de Carmen de Burgos ("Colombine"), *Cocina moderna (1918)* y *¿Quiere Ud. comer bien? (1931)* y *El Cursillo de Dietética y Cocina Práctica (1917)* de Nieves González Barrio y José Sarrau Guardan.

COCINA, HIGIENE Y SALUD

Ya en 1904, La cocina elegante subrayaba que el arte culinario debía alinearse con la higiene. En su artículo "Cocina y salud", se argumentaba que *"el cocinero podía prevenir enfermedades y contribuir a una alimentación sana y apetecible".* Se apuntaba, además, que países como Francia e Inglaterra, con mayor preocupación por la higiene y la calidad alimentaria, presentaban menores tasas de mortalidad que España. La frase *"la mejor medicina es la cocina"* sintetizaba esa idea.

Nieves González Barrio y José Sarrau Guardan, en su Cursillo de Dietética y Cocina Práctica (1917), destacaban la falta de conocimientos dietéticos en España, especialmente entre amas de casa y responsables de establecimientos de restauración. Señalaban que los menús se elaboraban priorizando el gusto y el ahorro económico, sin tener en cuenta la composición nutricional de los alimentos.

El médico Gregorio Marañón, en el prólogo de *Cocina dietética y cocina española* (1929), afirmaba que higiene y cocina eran conceptos opuestos en la práctica culinaria española de la época. Criticaba la falta de integración entre placer gastronómico y salud, aunque también alertaba sobre el peligro de *"una cocina científicamente insípida"*.

Para González Barrio y Sarrau, el atractivo visual y el tratamiento culinario eran fundamentales para una buena digestión. Incluían factores como *"el reposo tras la comida, una atmósfera agradable y una conversación amena"*, todos ellos componentes de una cocina dietética ideal.

FORMACIÓN FEMENINA Y PROFESIONALIZACIÓN CULINARIA

Entre las iniciativas destinadas a superar la desconexión entre salud y cocina, destacaron las propuestas orientadas a formar a amas de casa, especialmente aquellas con recursos económicos y vocación filantrópica.

Una figura clave fue Matilde García del Real, quien defendía que las mujeres debían adquirir conocimientos culinarios científicos. En 1908, en el Centro Ibero-Americano de Cultura Popular Femenina, animaba a sus alumnas a implicarse en las tareas del hogar desde una perspectiva formativa y científica. Para ella, era compatible la cultura científica con los quehaceres domésticos. Consideraba que el conocimiento culinario podía tener fines higiénicos, patrióticos y sociales.

En este sentido, García del Real elaboró un programa de estudios para la asignatura de "Economía doméstica y cocina", con contenidos que abarcaban desde aspectos básicos de nutrición y fisiología hasta técnicas de cocina, conocimiento de alimentos, preparación de menús y aprovechamiento de sobras. Esta propuesta se consolidó institucionalmente cuando, en 1911, se introdujo la asignatura de "Economía y Arte culinario" en la Escuela de Artes e Industrias de Madrid, siendo Carmen de Burgos su profesora.

CARMEN DE BURGOS Y LA COCINA COMO HERRAMIENTA SOCIAL

Carmen de Burgos, periodista y profesora, aportó una perspectiva social a la cocina, especialmente con sus obras *Cocina moderna* (1918) y *¿Quiere Ud. comer bien?* (1931). Defendía que la mujer podía tener un papel activo en el ámbito intelectual y público, sin abandonar sus responsabilidades en el hogar, y concebía la cocina como un espacio clave para la salud familiar.

Reivindicaba "*una cocina informada, sustentada en la química y la higiene, que incorporara conocimientos como la composición de los alimentos, su digestibilidad y adaptación a condiciones específicas (edad, clima, estado de salud)"*. También ponía énfasis en el reaprovechamiento de alimentos, como *"el cocido, ejemplo clásico de eficiencia económica y culinaria".*

Para De Burgos, la cocina debía parecerse a un laboratorio: *"limpia, ordenada, funcional"*. Insistía en que un buen hogar y una buena cocinera podían prevenir enfermedades y contribuir al bienestar familiar.

LA DIMENSIÓN HIGIÉNICO-SANITARIA DE LA COCINA DOMÉSTICA

Tanto García del Real como De Burgos compartían una visión de la cocina como instrumento preventivo de enfermedades y como herramienta para fortalecer la salud y el bienestar colectivo. Consideraban que una alimentación adecuada era esencial para asegurar el vigor físico e intelectual de la población. Citando a Spencer, sostenían que *"la alimentación influía directamente en la natalidad, mortalidad, y resistencia laboral de un país".*

García del Real denunciaba los efectos de la desnutrición en la degeneración física y moral de la población trabajadora. Alertaba sobre la transmisión intergeneracional de los efectos de la mala alimentación, como la debilidad física y mental, y relacionaba estas condiciones con vicios sociales como el alcoholismo. Según ella, *"una sopa bien hecha podía evitar la taberna, la grosería y la embriaguez".*

También proponía medidas concretas como la creación de cocinas económicas, cantinas escolares y fabriles, y la vigilancia de la alimentación en instituciones benéficas. Animaba a sus alumnas a *"formar a las obreras que trabajaban en sus casas y a ayudar a las familias necesitadas mediante la cocina y la higiene".*

CONCLUSIÓN

El análisis de estos textos revela los primeros intentos de vincular la cocina con la ciencia y la salud pública en la España de principios del siglo XX. Aunque la práctica culinaria de la época carecía de criterios dietéticos, surgieron voces que reivindicaron la importancia de una alimentación saludable orientada a la optimización del bienestar y la prevención de enfermedades.

Especialmente relevante fue el papel de mujeres como García del Real y De Burgos, que utilizaron el discurso doméstico tradicional como vía para introducir principios científicos, educativos y sociales en la práctica culinaria. En un contexto de cambios culturales y de roles de género, la cocina se transformó en un espacio de empoderamiento femenino, educación sanitaria y acción filantrópica.

Estas iniciativas sentaron las bases para una visión moderna de la alimentación, donde la salud, la ciencia y el bienestar social se daban la mano en el arte culinario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Llopis, Manuel M (1999), Historia de la gastronomía española, Madrid, Alianza Editorial.

2. Bernabeu Mestre, Josep; Tormo Santamaría, Maria (2021), Alimentación, gastronomía y nutrición en el camino de la sostenibilidad: Historia de una convergencia, Alacant, Publicacions de la Universitat d'Alacant.

3. Fernánez-Armesto, Felipe (2004), Historia de la comida. Alimentos, cocina y civilización, Barcelona, Tusquets editores.

4. Pérez Samper, María Ángeles (2019), Comer y beber. Una historia de la alimentación en España, Madrid, Cátedra.

5. Civitello, Linda (2004), Cuisine and culture: A history of food and people, Hoboken, Wiley.

6. Abad Alegría, Francisco (2011), Nuevas líneas maestras de la gastronomía y la culinaria españolas (Siglo XX), Gijón, Ediciones Trea.

7. Simón Palmer, María del Carmen (2012), Ignacio Doménech, autor y editor culinario, Cincinnati Romance Review, 33, 4-26.

8. Martín Maza, Eduardo (2008), Teodoro Bardají Mas, precursor de la cocina moderna en España, Madrid, Edición del autor.

9. Pinto, Josep Maria (2005), Recorrido histórico. En: AAVV. Curso de gastronomía y ciencias de la alimentación. Manual para estudiantes. Núcleo tercero. Las tecnologías alimentarias y la cocina. Creatividad. Gijón, Universidad Camilo José Cela / Cátedra Ferran Adrià de Cultura Gastronómica y Ciencias de la Alimentación, pp. 79-95.

Johannes Hofer y la primera tesis médica sobre la nostalgia: genealogía de un paradigma influyente en la medicina moderna

Steen Knudsen Esquerda
Universitat Oberta de Catalunya
sknudsen@uoc.edu

OBJETIVOS

Los estudios sobre la nostalgia están resultando cada vez más interesantes para académicos de diversas disciplinas. En las últimas dos décadas, se han publicado obras significativas sobre la temática, mayormente en el campo de la sociología y la psicología, pero también en el ámbito de la historia de las emociones y de la medicina.

En mi comunicación, quisiera dirigir mi atención a la disertación médica fundacional de esta disciplina (1): la *Dissertatio medica de Nostalgia oder Heimwehe* (1688) de Johannes Hofer, un estudiante de medicina alsaciano que fue el primero en acuñar el término que hoy usamos cotidianamente (2). Aunque esta disertación se cita con frecuencia en varios estudios académicos que abordan la nostalgia en sus distintas manifestaciones, a menudo se pasa por alto el interés teórico y filosófico intrínseco de la misma. Se pone de relieve la importancia genética de este texto para el campo de estudio, pero no parece que haya interés real en leer atentamente lo que este documento puede decirnos sobre la nostalgia moderna y su historia, que llega hasta nuestros días.

Para contribuir a esta cuestión, el primer objetivo de nuestra comunicación es describir la exposición que el autor realiza sobre la *nostalgia*, una nueva patología de la imaginación afligida, y mostrar la etimología del término, sus características, *diagnosis* y *prognosis*. Nos centraremos aquí en presentar la detallada lista de características que Hofer atribuye a la nostalgia, así como los signos que indican la presencia de la enfermedad o su inminente llegada. Además, será necesario mostrar cómo, más allá de las curas que el médico aconseja, siguiendo la tradición humoral de la melancolía, destaca un modo de curación por imaginación que anticipa los métodos popularizados por la escuela alienista francesa más de un siglo después. Esta será la parte descriptiva de la comunicación.

El segundo objetivo será interrogar el paradigma teórico ambivalente en el que se mueve el médico alsaciano, entre los últimos estertores de la tradición aristotélica medieval y los primeros brotes del cartesianismo (3). La tesis de

Hofer nos interesa porque invita a radicalizar la lectura de la nostalgia como un sentimiento ambivalente o de difícil clasificación, dado que su propia génesis teórica lo determina de este modo. En el texto encontramos cómo diferentes teorías del cuerpo, la mente y sus relaciones se complementan para dar cabida a la reflexión sobre una emoción, la nostalgia, que es también, al mismo tiempo, una afección de mentes que vuelan más allá de su sustancia y de cuerpos empujados más allá de sí. Esta será la parte del desarrollo teórico de la comunicación.

El tercer objetivo será tematizar la idea hoferiana de la nostalgia como "afección de la imaginación", que se adhiere a la tradición clásica de sospecha hacia la facultad imaginativa, pero que también establece una temprana construcción moderna de los peligros pasionales de una imaginación descontrolada (4). En la línea de la filosofía moral moderna (Descartes, Spinoza, Malebranche), el médico desarrolla una sofisticada teoría sobre la imaginación afligida, afectada, enferma, que alberga una paradoja central: lo imaginativo es tan poderoso que puede acabar con la vida del cuerpo, es decir, que la hiperactividad de los espíritus vivificadores de la imaginación puede causar el aislamiento de la mente y su muerte posterior (5). En este sentido, será interesante preguntarnos por el lugar que ocupa la imaginación en la tesis, tanto por su posición discursiva como por su rol intermedio entre la mente y el cuerpo, y finalmente interrogar cuál es la relación entre imaginación y sufrimiento en la patología que Hofer propone. Esta será la parte propositiva donde se señalarán las posibles hipótesis de continuidad de estudio.

DESCRIPCIÓN/COMENTARIO DE FUENTES Y MÉTODOS EMPLEADOS

Las fuentes empleadas son, principalmente, la fuente primaria, su traducción y la literatura secundaria que pueda ayudar en la comprensión del texto.

La fuente primaria es la *Dissertatio medica de Nostalgia oder Heimwehe* de Johannes Hofer, escrita en latín y conservada en la *Universitätsbibliothek* de Basilea (Diss 45:2). La traducción al inglés con la que trabajamos es la de Kiser (1934). Se trata de la traducción que se cita actualmente en la mayoría de los artículos académicos, pues es la única existente; sin embargo, preferiremos, siempre que sea posible, traducir la disertación del latín directamente al español para evitar algunas imprecisiones.

La metodología utilizada es la propia de la lectura filosófica, que se puede definir como una lectura atenta o exégesis. A través de esta lectura detallada, pretendemos encontrar trazas y huellas de las ideas filosóficas —como las presentes en la teoría cartesiana o las investigaciones de Thomas Willis— que Hofer no menciona en su estudio y que, sin embargo, pueden abrir otros campos de significado en el texto. En este sentido, se trata de una lectura que también podríamos considerar genealógica, por las nuevas aperturas de análisis que posibilita.

CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

La disertación de Hofer fue muy influyente en los primeros estudios médicos sobre la nostalgia: a mediados del siglo XVIII ya contaba con múltiples reimpresiones y contribuyó al establecimiento de un paradigma que la mayoría de los comentaristas adoptaron, con algunos cambios menores, hasta finales del siglo XIX (6).

Así, en el ámbito de la historia de la medicina, este éxito contribuyó a la conformación de una tradición específica en la comprensión del fenómeno de la nostalgia y su clasificación nosológica, al tiempo que anticipó debates importantes en la epistemología moderna sobre el funcionamiento de la mente y la imaginación, ideas que se popularizarían durante el siglo XVIII. Por ejemplo, Hofer anticipa en su disertación la teoría asociacionista de las ideas y sus riesgos (7). Antes que Locke o Hutchenson, es el alsaciano quien expone que, como consecuencia de la asociación de las ideas por la imaginación, la razón no puede controlarlas: aunque solo se evoca una idea, se reactivan así todas las que se vinculan con ella.

Por otro lado, en el ámbito político, este legado teórico será fundamental para la constitución de una tipología concreta de sujetos pacientes nostálgicos que aún resuena en los usos discursivos actuales. Aunque Hofer era consciente del peso que el *heimweh* tenía en el campo semántico militar de su época, decide abrir esta nueva patología al pueblo llano: sus ejemplos son un estudiante y una criada, como arquetipos del joven de carácter introvertido que se encuentra solo en el extranjero. Aunque, en las décadas siguientes, el principal nostálgico será el soldado, el alsaciano prefiere ofrecer otros ejemplos para acercarse a un público general, o quizás para distanciarse de la tradición de los oficiales médicos suizos y franceses (8). Sea como fuere, la decisión de Hofer problematiza esta relación y al mismo tiempo prepara el terreno para la patologización en el adolescente, en el obrero, en el anarquista, en el esclavo afroamericano, en la criada de provincias, en todos los sujetos marginales diagnosticados con nostalgia hasta el final de la II Guerra Mundial (9).

Por todo esto, se destaca la necesidad de leer atentamente este texto fundacional para los *nostalgia studies*, que están proliferando en todo el mundo, especialmente porque a menudo se da por sentado y se reduce a un cliché. Un análisis desde la perspectiva de la historia de la medicina y la filosofía de la ciencia puede ayudar, finalmente, a alumbrar ciertos problemas o cuestiones que la investigación sobre la nostalgia y su relación con la cultura y la imaginación política aún suscita, construyendo de este modo una alianza imprevista entre la historia de la medicina y otras disciplinas como la sociología, los *media studies* o la estética.

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Agradezco, como siempre, la supervisión y revisión de mi directora de tesis, Dra. Marina Garcés i Mascareñas, y el apoyo económico del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades a través de las Ayudas de Formación de Profesorado Universitario (FPU) para el periodo 2024-2027.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hofer, Johannes (1688), Dissertatio medica de nostalgia, oder Heimwehe, Typis Iacobi Bertschii.

2. Schroeder, Jonathan (2016), Prisoners of Loss: An Atlantic History of Nostalgia, Tesis doctoral, University of Chicago.

3. Foucault, Michel (2016), El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica, México, Siglo XXI Editores.

4. O'Sullivan, Lisa (2006), Dying For Home: The Medicine and Politics of Nostalgia in Nineteenth-Century France, Tesis doctoral, Queen Mary University.

5. Illbruck, Helmut (2007), Figurations of Nostalgia: From the Pre-Enlightenment to Romanticism and Beyond, Tesis doctoral, Universitat de Yale.

6. Hofer, Johannes (1934), Medical dissertation on nostalgia (1688), Bulletin of the Institute of the History of Medicine, 2, 6, 376-391.

7. Starobinski, Jean (1966), The Idea of Nostalgia, Diogenes, 14, 54, 81-103.

8. Dodman, Thomas (2018), What nostalgia was: war, empire, and the time of a deadly emotion, Chicago, University of Chicago Press.

9. Rice-Davis, Charles (2015), The Point of All Return: Nostalgia and the Dream of Disenlightenment, Tesis doctoral, Princeton University.

La adaptación del discurso médico a los destinatarios: los diccionarios españoles de medicina doméstica en el siglo XIX

Bertha M. Gutiérrez Rodilla
Universidad de Salamanca
bertha@usal.es

Entre las obras que integran la llamada "Medicina doméstica", que consiguió gran desarrollo durante el siglo XIX, se encuentran aquellas que utilizaron el formato «diccionario» para divulgar el contenido médico; unas obras que formaban parte de un género nuevo y específico dirigido al público no especializado, que florecería también en ese siglo decimonónico, como es el de la lexicografía de divulgación. Los textos que lo integraban no eran homogéneos ni en su contenido, ni en el formato o en el lenguaje que empleaban. En relación con lo primero, nos encontramos inventarios de nombres de enfermedades o de sus síntomas, para las que se recomendaba una determinada conducta o la aplicación de un medicamento concreto, manuales de salud más o menos amplios, y, por supuesto, auténticos repertorios lexicográficos, es decir, diccionarios enciclopédicos y vocabularios de medicina, etc. Por su parte, en cuanto a la forma y estructura, estos textos iban desde pequeños opúsculos de bolsillo hasta grandes repertorios con varios volúmenes, pasando por diversos tipos intermedios, lo que además se vislumbra ya en sus títulos (*ómnibus, libro, vademécum, tratado, diccionario, etc.*), elaborados todos ellos con un lenguaje que va desde el completamente especializado hasta el absolutamente coloquial (1, 2 y 3).

En todos estos trabajos el uso del orden alfabético tenía como objetivo el favorecer el acceso al contenido por parte de los posibles lectores, facilitando las búsquedas, dado que, como hemos adelantado, en principio estaban destinadas al gran público. De ese público amplio formaban parte las mujeres hasta el punto de que no eran pocos los repertorios que se dirigían a ellas de modo particular. O eso es lo que puede desprenderse de algunos de sus títulos: *El consultor de las madres de familia*, *Guía de la madre de familia o de la enfermera*, *Almanaque de las gracias y elegancia femenina...* Lo mismo nos lleva a pensar la inclusión de algunas entradas en estas obras, que no encontramos con facilidad en otros tipos de diccionarios, tales como *flor blanca, nodrizas, pinchaduras de alfileres, quemaduras en la cocina, secreción de los pechos...,* pudiendo convertirse este tipo de entradas en mayoritarias o, incluso, en las únicas presentes en algunos de estos textos. En otras latitudes esas mujeres se iban incorporando al público lector de manera creciente. En España, sin embargo, el proceso debió ser bastante más lento, a juzgar por las cifras de analfabetismo femenino del momento: en 1860 el 90,4% de las mujeres españolas eran analfabetas. A pesar

de que ese porcentaje bajó a un 81,2% en 1887 y a un 71,5% en 1900 (4: 629), continuó muy por encima del de otros lugares, como Francia, por ejemplo, que era de donde procedían varias de estas obras.

Por otro lado, las mujeres tampoco disponían de mucho tiempo para dedicarlo a la lectura: en el mundo rural, hasta en las circunstancias más 'agradables', por así decirlo, los deberes cotidianos en la casa y en el campo las mantenían ocupadas la mayor parte del día. En cuanto al ámbito urbano, no eran pocas las mujeres, incluso niñas, las que trabajaban en las fábricas, con horarios de 12 o 14 horas (5: 274 y ss), a las que esperaban, además, al llegar a casa, las tareas domésticas...

A pesar de lo anterior, las mujeres eran un destinatario clave, buscado por tres tipos de personajes: los editores, pues esto les permitía ampliar el número posible de compradores, por tanto, incrementar sus beneficios. Más en otros lugares que en España, ya que no fueron pocas las empresas editoriales acometidas aquí que se perdieron por el camino, dada la diferencia entre las condiciones económicas, sociales y políticas en unos y otros sitios. En segundo lugar, los médicos, convertidos durante el siglo XIX en los únicos legitimados para dictaminar en cuestiones de salud y enfermedad, cuyo discurso buscaba instruir a esas mujeres en aspectos que llevaran a erradicar determinados comportamientos en la población, más allá de lo puramente médico, relativos al ámbito de la moral y de la educación en general. Todo ello muy en sintonía con el creciente proceso de medicalización desarrollado en la época, que se reflejaría en una progresiva inclusión de factores sociales y psicológicos en el discurso médico. Finalmente, los políticos, pues las madres se encargaban de los hijos desde su nacimiento hasta su mayoría de edad, por lo que mantendrían con ellos unos lazos especiales de por vida e influirían notablemente en su formación, su manera de pensar, sus costumbres, etc.

A la vista del contenido de estos repertorios no parece que se intentara formar a las mujeres para mejorar su condición. Lo que se pretendía más bien era instruirlas en aspectos muy específicos. Porque en realidad no se ofrecían manuales completos de medicina de divulgación, sino que se seleccionaban exquisitamente los artículos que estos textos debían incluir, no fuera a ser que se 'abrumara' a las mujeres con tanto conocimiento, dado que ellas aunque "no están llamadas en general a cultivar estudios literarios y gramaticales", sí lo están, en cambio, a "hablar correctamente y completar en sus hijos la labor instructiva de los maestros" (6: 8). Porque, además, no se buscaba a todas las mujeres, sino fundamentalmente a las madres de familia, encargardas del cuidado de los hijos y de inculcar en ellos unos principios concretos, ligados a la higiene y la preservación de la salud. Pero, sobre todo, de trasladarles unas pautas de conducta que, bajo la apariencia de preservar la salud, garantizaran su futuro y les permitieran crecer en ambientes 'sanos', desde todos los puntos de vista:

> La mujer cuando abriga en su seno el fruto de su amor y cuando, feliz, sonrie al contemplarle en sus brazos, es la respetable guardadora de la ley de la naturaleza, es la ilustre protectora de la humana raza, es el soplo de Dios que comunica y derrama sangre, salud, vida, inteligencia, lengua, patria y virtud

> al que hoy es tierno retoño de hombre y que mañana será ciudadano libre e independiente (7: 3).

En definitiva, el objetivo era ordenar la vida de las mujeres y asentar el orden social burgués durante el siglo decimonónico mediante la transmisión de diversas ideas médicas sobre el matrimonio, la maternidad, la crianza o el cuidado del hogar. Estas obras pertenecían, de acuerdo con Béguet (8) a las "buenas lecturas" de divulgación, la lectura instructiva y moral, que aporta conocimientos positivos, hace circular informaciones útiles, ofrece modelos que seguir…, frente a las "malas lecturas" que serían las del *colportage,* la prensa, la novela, etc.

En cuanto a los planteamientos desde los que se redactaban estas obras y los valores que se pretendía transmitir con ellas, en buena medida giraban en torno a la higiene, entendida como una norma de vida, que ordenaba hasta el último de los gestos cotidianos y mediante la que se conseguía un comportamiento óptimo por parte de las mujeres y una correcta transmisión de valores a los hijos. La higiene se convertía en la materia 'transversal' que vertebraba estos textos. Sirvan como ilustración este par de ejemplos con los que terminamos:

> **Cosmético**
>
> Las señoras, sobre todo, son las que recurren à estos medios: olvidan que el aseo y la elegancia sin afectacion, las gracias naturales del cuerpo, el ingenio, el agrado y el pudor, son los cosméticos mas poderosos y estimables (9, s.v. *Cosmético*).

> **Nodrizas**
>
> La nodriza debe ser fresca, sana, robusta, de medianas carnes, pecho espacioso [...], deberá ser de honestidad acreditada, de sanidad fisica y moral [...], vijilante, discreta, sobria, amable y alegre; pues se ha observado que la violencia de pasiones en las nodrizas ha sido causa de frecuentes convulsiones en los niños (10, s. v. *Nodrizas*).

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Este trabajo se ha realizado en el seno del proyecto "Ampliación, desarrollo y aprovechamiento del *Tesoro Lexicográfico Médico* (TeLeMe)" (PID2022-139011NB-100) (Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, Agencia Estatal de Investigación y Fondo Europeo de Desarrollo Regional), así como el proyecto "Aplicaciones de la IA a la lexicografía digital: creación de una ontología a partir de la terminología consignada en diccionarios de especialidad". Fundación Memoria de Manuel Solórzano Barruso, Universidad de Salamanca.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

1. Gutiérrez Rodilla, Bertha M. (2000), La higiene en la lexicografía médica de divulgación en la España decimonónica, Higienismo y educación (SS. XVIII-XX), Áreas. Revista de Ciencias Sociales, 20, 51-60.

2. Gutiérrez Rodilla, Bertha M. (2001), El orden alfabético como instrumento de divulgación médica en el siglo XIX. En: Brumme, Jenny, ed. La historia de los lenguajes iberorrománicos de especialidad. La divulgación de la ciencia. Frankfurt am Main, Vervuet, pp. 145-160.

3. Dussert-Carbone, Isabelle (1997), Les dictionnaires de vulgarisation médicale au XIXe siècle en France. En: Bensaude-Vincent, Bernadette et Rasmussen, Anne, dirs. La Science Populaire dans la Presse et l'Édition. Paris, CNRS: pp. 87-101.

4. Nielfa Cristóbal, Gloria (1991), Las mujeres en España. El nuevo orden liberal. En: Anderson, Bonnie S. y Zinsser, Judith P., eds. Historia de las mujeres: una historia propia, ed. esp. Barcelona, Crítica, II, pp. 617-663.

5. Borderías Mondejar, Cristina y Pérez-Fuentes Hernández, Pilar (2009), Mujeres, trabajos y economías familiares en España (siglos XIX y XX). En: Borderías Mondejar, Cristina, ed. Historia de las mujeres: perspectivas actuales. Barcelona, Icaria, pp. 269-308.

6. La Moda elegante (1906), Diccionario de la Moda Elegante. Vocabulario usual y de la salud. Madrid, Sucesores de Rivadeneyra.

7. Ronquillo, Carlos (1865), El consultor higiénico y médico de las madres de familia. Barcelona, Ramírez y CIA.

8. Béguet, Bruno (1997), Lectures de vulgarisation scientifique au XIXe siècle. En: Bensaude-Vincent, Bernadette et Rasmussen, Anne, dirs. La Science Populaire dans la Presse et l'Édition. Paris, CNRS: pp. 51-68.

9. Chernoviz, Pierre Louis N. (1879), Diccionario de Medicina popular y ciencias accesorias, para el uso de [...] las familias, trad. de la 5 ed. portuguesa..., 2 vols. París, A. Roger y F. Chernoviz.

10. Dubois, ¿Antoine? (1839), Omnibus (para todos). Pequeño diccionario de medicina y cirujía domésticas, trad. del francés por D. J. A. Z. Guadalajara, Imp. P. M. Ruiz.

Profesionalidad y género en la sanidad madrileña. Declaraciones juradas de matronas colegiadas en Madrid (1939-1954)

Irene Palomo Rodríguez
Universidad Complutense de Madrid
irpalomo@ucm.es

&

Susana María Ramírez Martín
Universidad Complutense de Madrid
sm.ramirez@pdi.ucm.es

INTRODUCCIÓN

Los documentos generados por las matronas durante su ejercicio profesional son muy ricos de información y variados en sus datos. Destaca sobre todos ellos. las declaraciones juradas, documentos clave para evaluar la conducta profesional y personal de estas mujeres. Están elaborados en un contexto de vigilancia y control del régimen franquista, y en ellas se reflejan las circunstancias políticas de la época, así como la realidad profesional y social de estas mujeres, evidenciando su resiliencia ante las adversidades

En el caso que nos ocupa, las declaraciones objeto de esta investigación son manifestaciones personales de un grupo profesional al servicio público (1). Estas dan testimonio de sus actuaciones durante la Guerra Civil Española (1936-1939) ante las autoridades del régimen en un proceso de depuración de responsabilidades. Este proceso de depuración se aplicó a diversos estamentos de la sociedad española, como políticos, funcionarios y maestros, todos ellos dependientes de la administración civil (2). Sin embargo, también se aplicó a los profesionales cuyas prácticas se traducen en responsabilidades civiles, como abogados y sanitarios, entre los que se encuentran las matronas.

OBJETIVOS

Para verificar el objetivo de esta investigación se han definido los siguientes objetivos específicos:

1). Analizar los datos recogidos en las declaraciones juradas y la información que aportan.

2). Identificar campos relevantes en los formularios que permitan establecer conductas y patrones en un análisis posterior.

3). Analizar las casuísticas halladas para delimitar las conductas y patrones comunes expuestas en las declaraciones

MATERIALES

El material consultado durante esta investigación es la tipología Declaraciones juradas sobre las actuaciones durante la Guerra Civil correspondientes al grupo de Matronas tituladas y colegiadas en Madrid. Esta documentación custodiada en el archivo del Colegio Oficial de la Enfermería de Madrid. Los fondos documentales recogidos en dicho archivo representan una gran oportunidad para conocer el ejercicio profesional y el asociacionismo de la profesión enfermera en España desde sus inicios (3).

Adicionalmente, otros recursos tenidos en cuenta para la investigación son la base de datos generada para el manejo de los datos contenidos en las declaraciones juradas, y el producto del estudio de los mismos en forma de materiales visuales como gráficos.

METODOLOGÍA

En esta investigación se utilizan tanto métodos cualitativos como cuantitativos.

Esta metodología se debe al tratamiento de los testimonios recogidos en los cuestionarios de las declaraciones juradas, es decir, testimonios personales. Estos testimonios personales de las matronas son muchas veces emitidos de forma oral y recogidos en el cuestionario por funcionarios. Debido a esta particular casuística esta tipología documental es, en la mayoría de los casos, un reflejo fidedigno de los pensamientos, actitudes y actuaciones de un grupo profesional ejercido únicamente por mujeres, con una demografía de lo más diversa.

Por otro lado, se han aplicado técnicas cuantitativas para evaluar la procedencia, estado, junto con otros valores, y así poder establecer los perfiles de referencia que siguen las matronas detrás de los testimonios estudiados. Todo ello para poder conocer a través de sus testimonios a mujeres tituladas que sufrieron los lances de la Guerra Civil.

Por tanto, la metodología seguida se basa en:

1) Análisis archivístico para la obtención de la información

2) Recogida de datos

3) Cuantificación de los datos

4) Sistematización y clasificación de información

5) Interpretación de resultados

RESULTADOS

Para el análisis de datos recogidos en las declaraciones juradas de matronas, se ha diseñado una base de datos con los campos necesarios para verificar la información de interés. Estos campos se centran en:

Naturaleza	Origen y procedencia de las matronas tituladas colegiadas en Madrid. Permite conocer si las matronas eran originarias de Madrid, procedían de otros lugares dentro de las fronteras del país; o si provenían del extranjero.
Edad	Rango de edades entre las que este colectivo profesional está activo, y cuantas de ellas tenían edad suficiente y consciente durante el conflicto.
Estado y Familia	Estado civil y situación familiar / doméstica.
Ideología	Poder conocer el número de matronas que manifiesta la ideología del régimen y las que no manifiestan ninguna.
Cargos públicos/profesionales	Situación de empleo.
Agrupaciones	Agrupaciones profesionales (colegios / asociaciones), políticas, religiosas.
Persecución	Cuántas de las matronas sufrieron persecución y de qué tipo.
Actos a favor del Movimiento	número de matronas a fin al movimiento a través de sus actos.

Tabla 1. Campos de la base de datos

Tras la interpretación de los resultados obtenidos, podemos afirmar que:

- Se observa que más de la mitad de las declaraciones son de mujeres que provienen del territorio español actual. Mientras las originarias de Madrid no alcanzan el 40%. Una de las matronas cuya declaración se conserva en el archivo proviene del extranjero; específicamente de La Habana, Cuba, territorio que comparte la lengua nacional de España.

- Más del 30% de las matronas están en la franja de los 31 a los 40 años, en el momento en el que realizan la declaración, siendo un 45% las que tienen 30 o menos años. Mientras las mayores de 41 años suman un 15 %.

- En la muestra se analiza que el 55% están solteras durante la realización de la declaración; dentro de este grupo se observa a varias religiosas; el 34%, están casadas, aunque se ha observado que varias de las matronas no han hecho mención de su marido en el campo del formulario específico para ello. Por tanto, se presupone que algunas de las matronas que han declarado ser casadas son, en verdad, viudas y, por ello, deberían encontrarse en el 10% de viudas, siendo este seguramente más elevado.

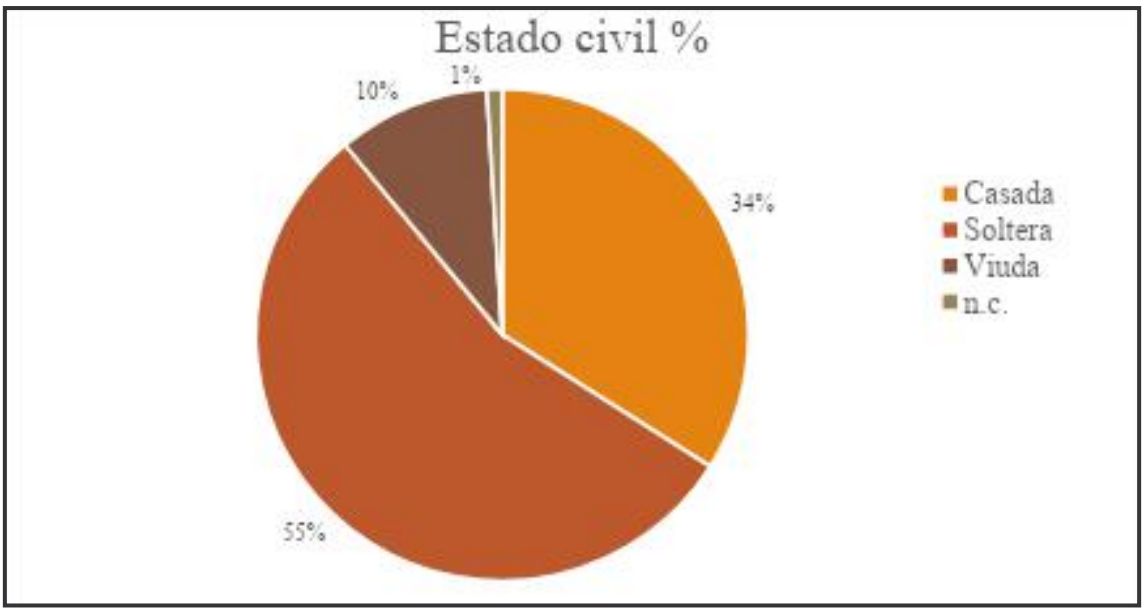


Ilustración 1. Estado Civil de las matronas

Mientras se ha observado, que de tener familia siempre se consigna, ya sean hijos, padres, hermanos, tíos o sobrinos. Dentro de aquellas que aseguran tener hijos (31%), suelen ser entre 1 y 2. Aquellas que alegan vivir otros familiares como: padres, hermanos, tíos, sobrinos ascienden a más del 50%.

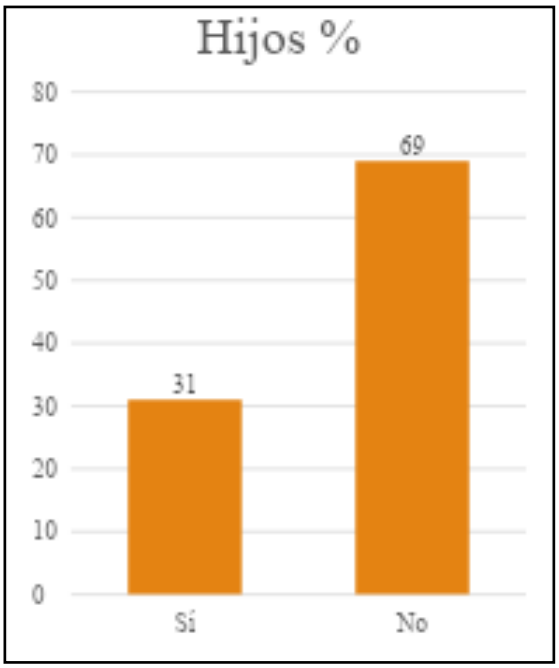


Ilustración 2. % de hijos de matronas

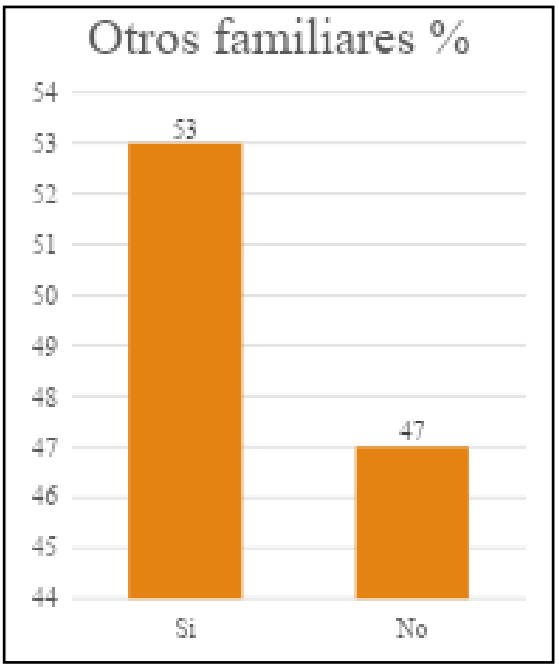


Ilustración 3. % de otros familiares de matronas

Entre las colegiadas que declaran pertenecer a una asociación o agrupación profesional, más del 30% declara haber pertenecido anteriormente a alguna agrupación profesional, bien al Colegio Oficial de Matrona o el de Practicantes, bien a la asociación provincial de Matronas de Madrid. También es reseñable el número de matronas que están asociadas a asociaciones católicas (25,5%), UGT (6%), Cruz Roja (4%) u otras asociaciones y grupos dependientes o asociados al régimen (7%).

Se observa que más del 60% de las matronas no están empleadas durante su proceso de depuración; se presupone que se debe a que no se habrían titulado ni incorporado al ejercicio profesional antes de colegiarse y, por tanto, la depuración formaría parte de la solicitud de acceso al colegio profesional. Más del 20% de las colegiadas son matronas o realizan su ejercicio profesional en instituciones relacionadas con la maternidad, o bien son profesoras de partos. Un 5% de las colegiadas ejercen bajo el título de enfermeras o practicantes. Y un 9% de las colegiadas realizan un ejercicio profesional independiente a la asistencia sanitaria, como pueden ser cargos públicos o actividades relacionadas con el culto.

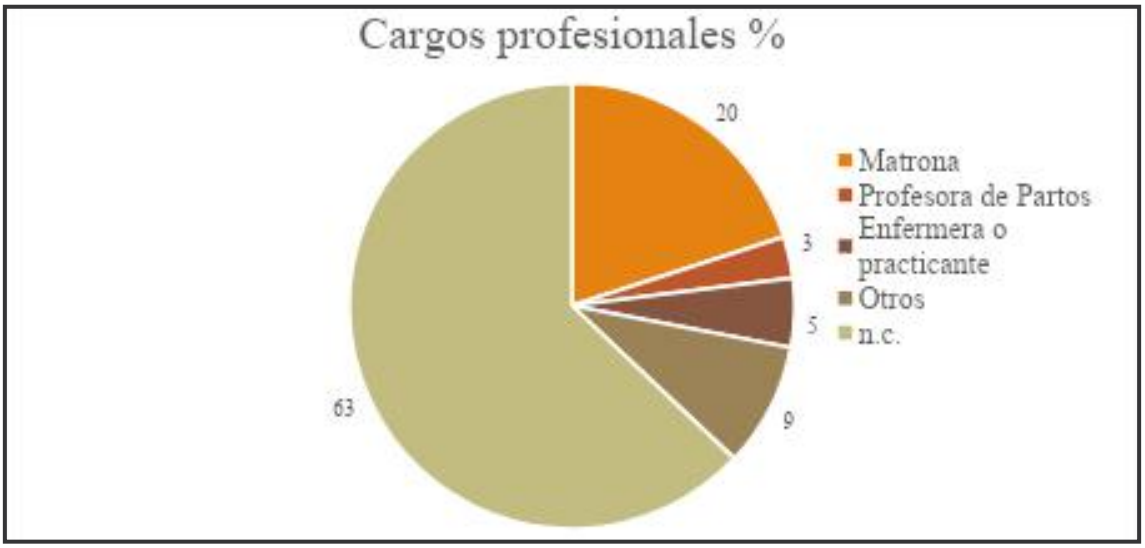


Ilustración 4. Cargos profesionales de matronas

Observamos que de las 98 matronas el 22,5% sufrió algún tipo de persecución, ya sea por motivos de ideología política (45,4%), creencias religiosas (45,4%), o su estado civil (9%), es decir por ser madres solteras. Los tipos de persecución que sufrieron según descritos fueron: Condena a muerte (8,7%); Detenciones (21,7); Registros domiciliarios (17,4%); Despidos (4,4%); Incautación de bienes (4,4%); Encarcelamiento (4,4%); y la más común el hostigamiento público (39%).



Ilustración 5. Motivos de persecución de las matronas colegiadas

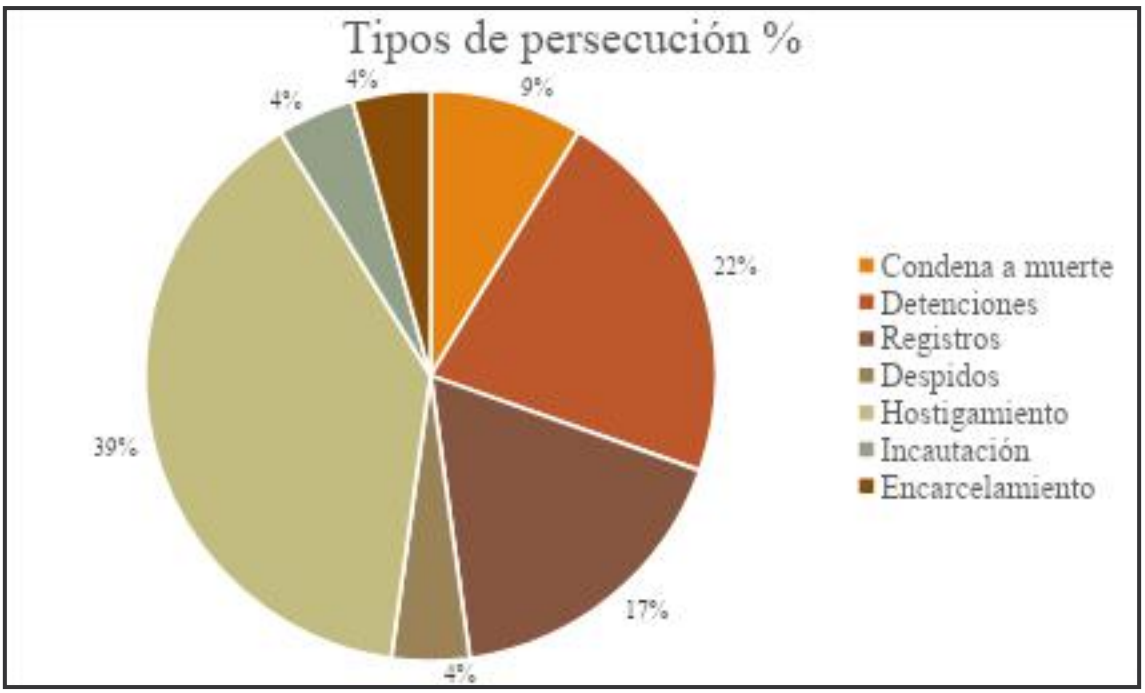


Ilustración 6. Tipos de persecución sufridos

Se observa que el 33% de las matronas declararon haber ayudado a la causa por algún medio, ya fuera escondiendo a sacerdotes, falangistas, visitar las cárceles y llevar comida a los presos, prestar servicios sanitarios o de costura, pasar informaciones; en menor medida, se informa en alguna declaración que se sirvió como enlace. En gran parte no se ofrece más información sobre qué ayuda se prestó o cómo; lo más común que se observa son las respuestas en las que se declara que se ayudó por medio de propaganda o haciendo todo aquello que estuvo en su mano.

CONCLUSIONES

En conclusión, hemos establecido tres dimensiones, según el contexto en el que la matrona se pudiese encontrar: el personal, el social y el político. De manera general, hemos interpretado que en lo referente al perfil personal, la matrona colegiada en Madrid es, en la mayoría de los casos estudiados, de origen español, soltera, entre 31 y 40 años de edad; en los que respecta a su perfil social, la matrona no tiene hijos, pero si convive con otros familiares; por último, según su perfil político, la matrona declara no haber sufrido persecución alguna; son muy pocas las que están colegiadas durante la Guerra Civil, normalmente por cuestión de edad, no tienen una ideología definida y/o de tenerla no la manifiestan.

Por último, es importante poner en relieve que la documentación, su preservación y su posterior estudio es clave para garantizar la defensa y memoria de la profesión y la contribución de las mujeres a la salud y el bienestar general.

REFERENCIAS

(1) DE DIOS-AGUADO, Mercedes, et al. (2020), Enfermería durante la guerra civil española y su posguerra (1936-1949): olvido e inhabilitación. *Revista de Enfermagem Referência*, 5 (2), 1-7. [https://ciberindex.com/c/ref/5202021es].

(2) RUIZ-BERDÚN, Dolores; GOMIS, Alberto (2012), La depuración de las matronas de Madrid tras la Guerra Civil, *Dynamis*, 32 (2), 439-465. [https://dx.doi.org/10.4321/S0211-95362012000200008].

(3) FERIA LORENZO, Diego José; GUERRA GONZÁLEZ, José Eugenio (2016), La historia por escribir en los Colegios Oficiales de Enfermería provinciales, los archivos como fuentes de investigación, *Cultura de los Cuidados*, 45, 35-43. [http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.45.04].

El lenguaje del cáncer en el diario ABC durante el primer franquismo: propuesta de estudio utilizando análisis textual asistido por computadora

Rocío Martínez Prieto
Universidad de Castilla-La Mancha
Rocio.Martinez@uclm.es

OBJETO DEL ESTUDIO

Este trabajo desarrolla una propuesta de investigación basada en el análisis de corpus textuales con Voyant Tools, una herramienta de análisis textual asistido por computadora. Entre los planteamientos iniciales se incluye el estudio del uso del término "cáncer" y otras lematizaciones del ámbito de la enfermedad (oncolog*, tumor*, carcino*, neoplasia*, sarco*), así como otros conceptos que suelen aparecer vinculados a la misma, sean o no metafóricos (p. e. crecimiento, remisión, tratamiento, cirugía, extirpación o batalla).

Para dicho análisis se ha utilizado un corpus de artículos de prensa extraídos del periódico español *ABC* y publicados durante la época del primer franquismo (1939-1959). El objetivo principal es generar un punto de partida que permita observar cómo evoluciona el lenguaje de la enfermedad en el discurso periodístico a lo largo del período estudiado, atendiendo a factores como la alternancia terminológica y el cambio en las colocaciones lingüísticas (esto es, qué palabras aparecen juntas con más frecuencia en este contexto).

Además, se espera que este análisis genere resultados que ayuden a entender cómo las circunstancias históricas configuran el lenguaje y cómo, al mismo tiempo, este contribuye a construir la visión social de la enfermedad y a delimitar la experiencia del paciente, centrando la atención en temas como la creación del estigma, el uso de la retórica periodística y la dinámica lenguaje-emociones, ya estudiada por autores como Wilce (2009), Kövecses (2003) o Semino y Demjén (2016).

MATERIALES Y METODOLOGÍA

Las herramientas de análisis textual asistido por ordenador (CATA) se han convertido en recursos fundamentales en el ámbito de las humanidades digitales a la hora de representar datos de forma visual y de realizar estudios lingüísticos y estadísticos de conjuntos de textos. En concreto, Voyant Tools (Sinclair y Rockwell, 2016) es un software libre y gratuito que se ejecuta en línea y permite estudiar un documento o un corpus digital de textos a través de distintas herramientas (1,2,3,4).

Entre las múltiples funciones de Voyant Tools podemos encontrar las siguientes (*Figura 1*): *cirrus* o nube de palabras, que representa la frecuencia de cada término en el texto o en el corpus; *reader* o lector, que permite visualizar el texto completo y seleccionar términos específicos para su análisis; *summary* o resumen, que proporciona estadísticas generales sobre cantidad, frecuencia o densidad de las palabras; *trends* o tendencias, que muestran la frecuencia absoluta y relativa de distintos términos; *contexts* o contextos, que ofrecen las palabras inmediatas que anteceden y siguen al término seleccionado.

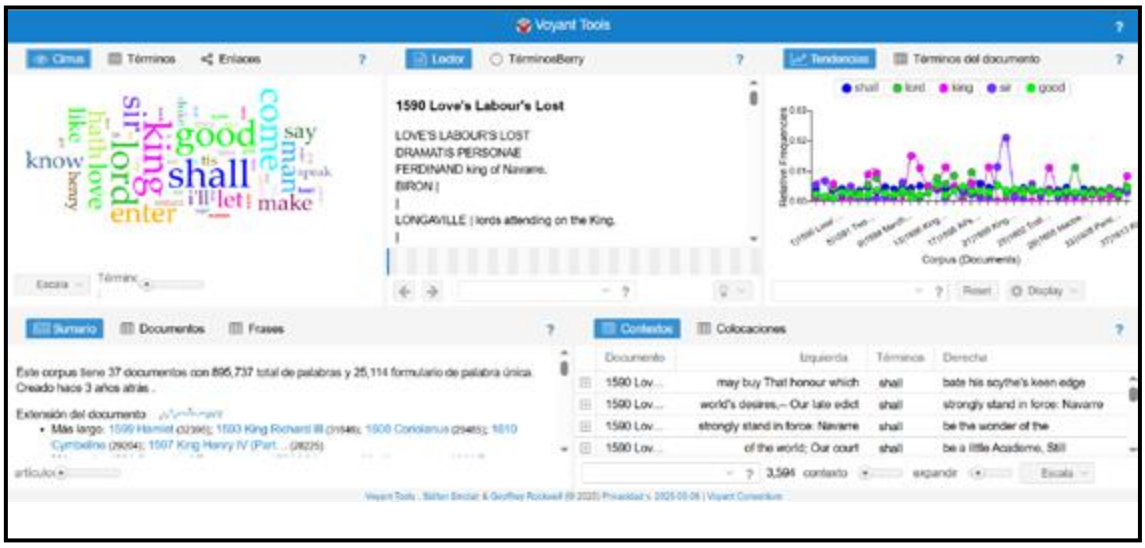


Figura 1. Interfaz de Voyant Tools con un corpus de obras de Shakespeare precargado y sus cinco funciones principales

Así, la herramienta muestra de forma inmediata datos sobre frecuencias, tendencias o colocaciones que permiten interpretar aspectos lingüísticos y estilísticos de determinadas palabras. Esta opción, junto a la posibilidad de analizar un conjunto de textos de forma diacrónica, puede generar resultados interesantes para el estudio de la terminología médica y su impacto social en determinados períodos históricos. Sobre esta premisa se construye la propuesta que desarrollamos en estas líneas, que pretende aplicar las funciones de esta herramienta al ámbito de la prensa española del primer franquismo, concretamente a un conjunto de artículos periodísticos extraídos del diario *ABC*.

Para la selección de los artículos que configuran el corpus se ha utilizado la hemeroteca del periódico, que puede consultarse a través del archivo digital del mismo, accesible con suscripción. La búsqueda se ha hecho a través del propio buscador del archivo, estableciendo los siguientes criterios de inclusión: que los documentos estén publicados entre el 1 de enero de 1939 y el 1 de enero de 1959, que pertenezcan a la edición de Madrid y que contengan indistintamente las palabras “cáncer”, “tumor”, “neoplasia”, “oncología”, “carcinoma” o “sarcoma”. Excluimos los suplementos “Blanco y Negro” y “Cultural”. De entre las noticias a página completa obtenidas en la búsqueda, se selecciona una muestra aleatoria de dos por año, obteniendo un total de 40 documentos para el corpus.

PRINCIPALES RESULTADOS

Tras cargar el corpus en la herramienta Voyant Tools e iniciar una búsqueda por términos observamos una serie de resultados provisionales que detallamos a continuación.

La lematización *cáncer** (que indica que la búsqueda puede incluir resultados como "cáncer" o "cánceres") aparece en 47 ocasiones a lo largo del corpus, estando presente en más de la mitad de los artículos (28/40). Por su parte, *cancer** (que incluye "cancerólogo" y "cancerosas") aparece en dos ocasiones, concretamente en dos artículos de los años 1947 y 1952 (*Figura 2*).

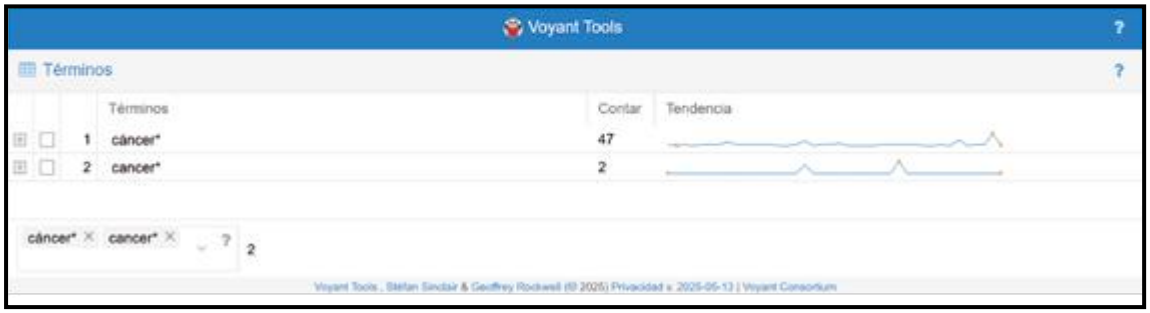


Figura 2. Panel de términos con los recuentos totales y la tendencia de cada lematización a lo largo del corpus

El gráfico de tendencias, por su parte, muestra cifras superiores a las 4 referencias para la lematización *cáncer** en artículos de 1942, 1947, 1956 y 1958. El pico más alto se encuentra en este último año, donde aparece en 10 ocasiones (*Figura 3*).



Figura 3. Panel del gráfico de tendencias con la frecuencia relativa de las lematizaciones cáncer* y cancer* a lo largo del corpus

Los términos “tumor” y “tumores” (recogidos por la lematización *tumor**), por su parte, aparece en 11 ocasiones en todo el corpus. El gráfico de tendencias muestra una distribución relativamente homogénea, donde solo alcanza las 3 referencias uno de los artículos publicados en 1954. En cuanto al resto de variantes para designar la enfermedad, llama la atención que el tecnicismo correspondiente a la lematización *oncol** (“oncología”, “oncólogo/s”) no aparezca en ningún momento. Tampoco aparece el término derivado “carcinoma/s”. Sí lo hace, en cambio, “sarcoma/s”, que se presenta en singular exclusivamente en uno de los artículos de 1947. En este mismo año se concentran las 3 referencias a la lematización *neopl** (“neoplásica”, “neoplasia” y “neoplasias”) (*Figura 4*).

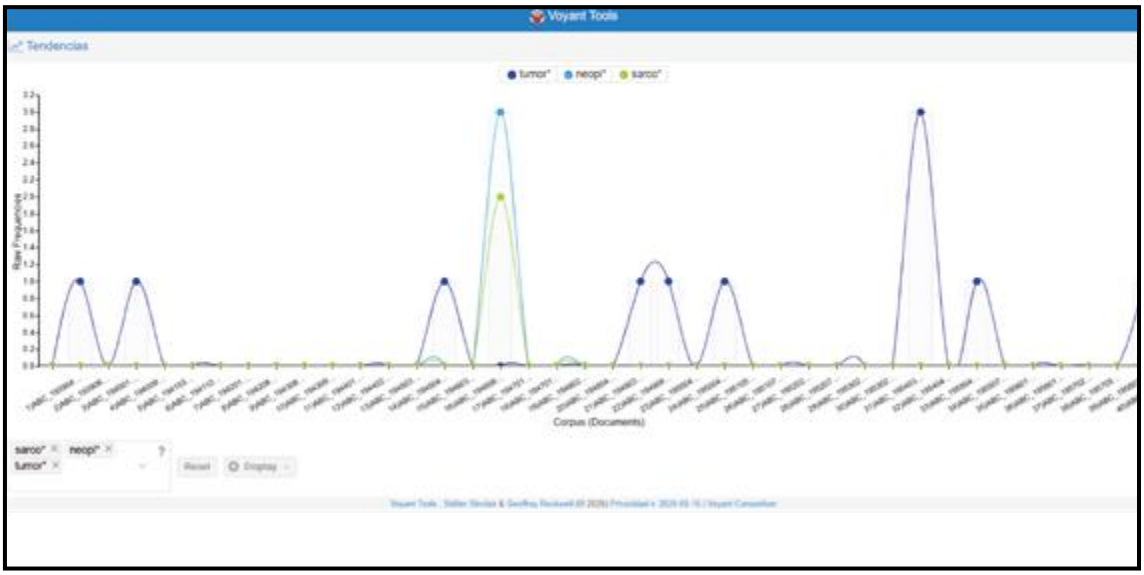


Figura 4. Panel del gráfico de tendencias con la frecuencia relativa de las lematizaciones tumor*, neopl* y sarco* a lo largo del corpus

Es interesante también observar las colocaciones de los términos empleados para hacer referencia a la enfermedad. En el caso de la palabra “cáncer”, aparece con frecuencia cerca de términos relacionados con el ámbito de la política (“español/a”, “nacional” o “país”, entre otros), especialmente entre los años 1939-1943, lo que plantea un posible uso metafórico de la expresión. A partir de 1943 lo encontramos también cerca de términos como “lucha” o “problema”, así como de otras palabras más próximas al ámbito médico como “curación”, “antídoto”, “diagnóstico”, “cirugía” o “tratamiento”. En 1951 empieza a aparecer vinculado a palabras como “muerte”, y se hace frecuente la expresión “lucha contra el cáncer”, y en 1958 encontramos el término dentro de menciones a la Asociación Española Contra el Cáncer y al Instituto Nacional del Cáncer.

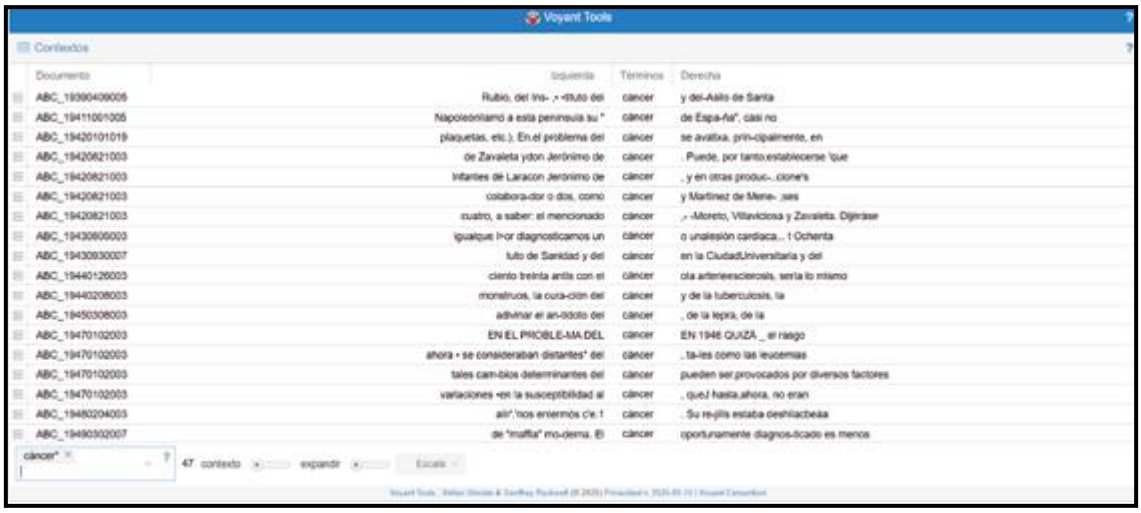


Figura 5. Panel de la herramienta “Contextos” con las palabras circundantes más frecuentes de la lematización cáncer* en los primeros documentos del corpus

CONCLUSIONES PROVISIONALES

Como hemos señalado al inicio, los datos obtenidos en este análisis utilizando la herramienta Voyant Tools pueden ser interpretados desde un punto de vista diacrónico para determinar cómo evoluciona el lenguaje del cáncer en el periódico *ABC* a lo largo del período seleccionado (1939-1959), y cómo esta evolución puede responder a factores científicos, políticos y sociales.

Entre otros aspectos relevantes, el hecho de que en los artículos del corpus que representan los primeros cinco años la palabra “cáncer” aparezca con más frecuencia acompañada de términos propios del ámbito de la política puede reflejar el uso del término como metáfora y, por tanto, la ausencia de menciones directas a la enfermedad. Por otro lado, aunque términos como “problema” o “lucha” parecen acompañar a las referencias a la enfermedad desde 1943, llama la atención que, en los artículos analizados, el nombre de la patología no aparezca acompañado del término “muerte” hasta 1951, momento que coincide, en el plano institucional, con los primeros movimientos de la Asociación Española Contra el Cáncer. No es, quizá, casualidad que sea a partir de esta fecha cuando, de hecho, empiece a generalizarse en los artículos la expresión “lucha contra el cáncer” como lema ya enarbolado por una cruzada nacional.

Aunque consideramos que esta propuesta de estudio presenta bastantes posibilidades, es necesario reconocer también sus limitaciones. Entre ellas, el problema que plantea el formato de los documentos que configuran el corpus, que dificulta la lectura del contenido por parte de la herramienta (especialmente porque se trata de documentos relativamente antiguos). Sería, por tanto, interesante trabajar con documentos convertidos a texto plano. También ampliaría el alcance del análisis una selección más amplia de artículos, considerando la inclusión de otros periódicos nacionales, así como una criba previa que permita excluir usos metafóricos del término “cáncer” y sus derivados.

Estas mejoras pretenden aplicarse en el futuro, utilizando esta propuesta inicial como punto de partida para generar estudios similares que permitan, a partir del análisis del empleo del lenguaje, extraer conclusiones más sólidas que contribuyan a enriquecer el discurso de la historia de la ciencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alhudithi, Ella (2021), Review of Voyant tools: See through your text, Language Learning & Technology, 25 (3), 43-50.

2. Huesca Orozco, Jaime Ricardo (2021), Reseña de Sinclair, Stéfan, y Rockwell, Geoffrey. Voyant Tools, Publicaciones de la Asociación Argentina de Humanidades Digitales, 2, 163-167.

3. Dabrowska, Monika (2022), Análisis semántico y cuantitativo de La casa de Bernarda Alba en el aula con Voyant Tools: Una propuesta de aplicación didáctica, Revista internacional de pedagogía e innovación educativa, 2 (2), 57-74.

4. Sinclair, Stéfan; Rockwell, Geoffrey (2016), Voyant Tools. https://voyant-tools.org.

5. Morais Martínez, Sabela (2023), Las metáforas conceptuales en el discurso sobre el cáncer en la prensa española. Documentos de Traballo en Ciencias da Linguaxe: DTCL, 4 (DTCL 2023), 7-34.

6. Almudéver Campo, Laura; Camaño Puig, Ramón (2019), El uso del concepto cáncer como metáfora social: Análisis a través de la prensa escrita (1903-1912), Studium: Revista de humanidades, 25, 201-220.

7. Kövecses, Zoltán (2003), Metaphor and Emotion: Language, Culture, and Body in Human Feeling, Cambridge University Press.

8. Wilce, James M. (2009), Language and Emotion, Cambridge University Press.

9. Semino, Elena; Demjén, Zsófia (2016), The Routledge Handbook of Metaphor and Language, Taylor & Francis.

Itinerarios materiales del dolor y del alivio: una propuesta docente en Historia de la Medicina

Lucía Expósito-Cívico
Universidad de Granada
luciaexp@ugr.es

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la historiografía ha reforzado perspectivas que incorporan el estudio de los contextos socioculturales, de género y emocionales que han dado forma a las prácticas médicas. En este marco, los objetos asociados con el padecimiento y el alivio están adquiriendo un papel relevante como fuentes históricas y como herramientas pedagógicas.

El proyecto *Las cosas del enfermar: objetos, emociones y género en la experiencia de la enfermedad y las prácticas médicas para el alivio*, financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades y desarrollado en el Departamento de Historia de la Medicina de la Universidad de Granada desde 2022, se sitúa en esta línea de renovación teórica y metodológica. En particular, esta comunicación presenta una propuesta docente desarrollada en el marco del proyecto, que lleva por título *Itinerarios materiales del dolor y del alivio*, y que se ha implementado en la asignatura de Historia de la Medicina como una práctica formativa innovadora.

OBJETIVOS

Esta comunicación tiene dos objetivos fundamentales:

1. Exponer el contexto y desarrollo de las prácticas docentes asociadas al proyecto *Las cosas del enfermar*, destacando el papel de los objetos como herramientas educativas que promueven una comprensión interdisciplinar de la historia de la medicina.

2. Reivindicar la inclusión de experiencias docentes en congresos científicos de Historia de la Medicina como espacios legítimos para la co-construcción de conocimiento, mostrando el necesario diálogo entre docencia e investigación (1).

De manera transversal, queremos fomentar una mirada crítica sobre la medicina desde las perspectivas que ofrecen los nuevos materialismos, las teorías afectivas y feministas, así como desde la experiencia de los y las pacientes.

MARCO DEL PROYECTO

El proyecto *Las cosas del enfermar* afronta la pregunta sobre el papel de los objetos en el enfermar y las terapias y alivios que estos contribuyen a generar. El equipo es interdisciplinar y estudia diferentes contextos espaciales, temporales y de enfermedad o padecimiento. El proyecto contempla la creación común del Museo Interactivo de las Cosas del Enfermar (MICE).

MARCO TEÓRICO Y FUENTES

El enfoque de las prácticas docentes *Itinerarios materiales del dolor y del alivio* se inspira en varias corrientes historiográficas contemporáneas. Por un lado, se fundamenta en la historia cultural de la medicina, haciendo hincapié en los significados socioculturales de las prácticas médicas (2). Por otro lado, parte de los estudios críticos sobre cultura tecnomaterial (3, 4, 5) y traza una línea historiográfica hacia los estudios feministas de la ciencia, particularmente hacia los nuevos materialismos (6, 7, 8).

Las fuentes utilizadas en las prácticas docentes son:

- Textos historiográficos y teóricos sobre estudios críticos de la tecnociencia, cultura material, historia de las emociones, epistemologías feministas y nuevos materialismos.
- Testimonios escritos y orales de pacientes y profesionales de la salud. Especialmente aquellos que muestran las materialidades presentes en sus itinerarios terapéuticos, incluso si son ficcionados (9, 10, 11).
- Objetos históricos y contemporáneos —materialidades tangibles e intangibles— relacionados con la enfermedad y el alivio, recogidos en investigaciones previas, testimonios, museos, y experiencias personales del alumnado.

METODOLOGÍA Y DESARROLLO

La propuesta docente se estructura en varias fases, combinando métodos cualitativos y participativos:

1. Fase introductoria teórico-conceptual: sesiones sobre historia de la cultura material médica (¿qué entendemos por “objetos médicos”? ¿se distancian de los objetos cotidianos?). A través de distintos ejemplos, analizamos el papel de los objetos en los itinerarios terapéuticos y comprendemos los testimonios como fuentes de análisis histórico.
2. Trabajo de campo individual y grupal: el alumnado identifica y selecciona una o varias materialidades en relación con enfermedades, terapias y/o alivios. Estas pueden surgir desde una experiencia personal, familiar o de observación histórica. El alumnado es guiado a través de tutorías personalizadas para concretar las materialidades que quieren analizar.

3. Análisis historiográfico: el alumnado analiza los objetos desde una perspectiva interdisciplinar, explorando contexto histórico, implicaciones de género, dimensión emocional e itinerario terapéutico. En sus análisis, deben utilizar bibliografía, testimonios y otros objetos relacionados.

4. Evaluación y socialización: los resultados de los trabajos son presentados en clase en "formato congreso", con espacios de reflexión colectiva. Asimismo, realizamos sesiones de evaluación conjunta con el alumnado para valorar el impacto de la experiencia en su aprendizaje.

5. Contribución al Museo Interactivo de las Cosas del Enfermar (MICE): los trabajos del alumnado contribuyen a la construcción del museo virtual del proyecto marco.

La estructura de las prácticas docentes comprende seis sesiones de formación, con asistencia a tutorías durante las semanas que separan las sesiones de clase. El trabajo de campo, el análisis historiográfico y la presentación pueden realizarse de forma individual, en pareja o en grupo.

Las sesiones formativas iniciales promueven la adquisición de habilidades y herramientas para el análisis sociocultural de la práctica médica y el conocimiento científico. Posteriormente, las sesiones se centran en el estudio de la materialidad en el contexto de la historia de la medicina. Para ello, exploramos los cambios historiográficos operados en el estudio de la cultura material desde perspectivas feministas y neomateriales: trazamos un recorrido desde la visión biomédica de los objetos como tecnologías médicas hasta la agencia de las materialidades en los itinerarios del dolor, del alivio y de la enfermedad. A través de lectura en grupo y presentación de casos de estudio, profundizamos en cuatro objetivos específicos:

1. Entender la medicina como un modelo más dentro de la cultura del alivio del padecimiento.

2. Observar el componente cultural de los objetos en la medicina, así como sus implicaciones científico-sociales.

3. Trabajar con testimonios como fuentes históricas.

4. Utilizar análisis semiótico-material-emocional para tecnologías médicas.

En el desarrollo de las prácticas docentes, también contemplamos la conexión con las sesiones de teoría de la asignatura (impartida en sesiones diferentes con otro profesorado). La temática de estas prácticas se relaciona principalmente con los temas teóricos: "Salud, enfermedad, atención: La medicina como sistema sociocultural", "La medicina tecnológica" y "Salud pública y sistemas asistenciales en las sociedades industriales".

Uno de los aprendizajes más relevantes de la propuesta es comprender que los objetos tienen trayectorias históricas complejas: pueden ser tecnologías de alivio o de control, pueden encarnar el dolor o el alivio —o ambos a la vez—, y

pueden estar marcados por desigualdades de género, clase y raza (12, 13). Por ejemplo, el uso de corsés ortopédicos ha sido leído como una práctica médica normalizadora, pero también como una imposición de normas de género y estética.

El análisis de las emociones asociadas a los objetos ha permitido al alumnado reconocer que el sufrimiento, el cuidado y el alivio no son universales ni atemporales, sino que se expresan y se viven de formas históricamente situadas. Lo vemos a través de tres ejemplos desarrollados en clase: el agua, la cama o las estampitas religiosas pueden provocar rechazo, dolor o esperanza, dependiendo del contexto cultural, la trayectoria de la enfermedad y la relación de la persona con el sistema médico o con otros sistemas de atención.

Por otro lado, el hincapié en la perspectiva de género ha sido clave para visibilizar las experiencias de mujeres y disidencias en la historia de la medicina. Algunos de los objetos analizados por el alumnado —por ejemplo, el espéculo o los dispositivos de anticoncepción— han permitido abrir debates sobre la medicalización del cuerpo subalterno.

CONCLUSIONES

Itinerarios materiales del dolor y del alivio es una propuesta docente en la que la experiencia educativa se co-construye con los objetos. Las materialidades médicas son fructíferas herramientas pedagógicas para comprender la dimensión histórica y cultural de la medicina. Además, contribuyen a la consideración de la experiencia de enfermar como foco de investigación, en lugar de considerar exclusivamente la enfermedad como patología.

Esta experiencia docente, que continúa desarrollándose, muestra una forma neomaterial de integrar las materialidades en el estudio de la historia de la medicina. A través de la elaboración de trabajos historiográficos y de reflexión colectiva y profundamente situada, el alumnado adquiere conocimientos históricos y culturales sobre problemáticas contemporáneas del cuidado y la salud.

Por otra parte, el enfoque interdisciplinar y participativo de estas prácticas de docencia universitaria ha favorecido una mayor implicación del alumnado, generando amplios debates en clase y contribuciones al Museo Interactivo de las Cosas del Enfermar (MICE). Este enfoque se alinea con las competencias críticas, creativas y de comunicación que el alumnado también debe adquirir durante su formación pedagógica.

Por último, es fundamental pensar los espacios docentes como espacios de investigación y de coproducción de conocimiento. Esperamos que la integración de experiencias pedagógicas en congresos científicos promueva el intercambio de metodologías y enfoques que enriquezcan nuestras propias prácticas profesionales y personales.

FINANCIACIÓN

Este trabajo participa de la Ayuda PRE2022103008 financiada por MICIU/AEI/10.13039/501100011033 y por FSE+, y es parte del proyecto PID2021-123822NB-I00.

BIBLIOGRAFÍA

1. Medina Doménech, Rosa (2021), Hacia una historia de la experiencia de enfermar: Proyecto Docente, Granada, Universidad de Granada.

2. Kleinman, Arthur (1993), What is specific to Western medicine? En Bynum, William F. y Porter, Roy, eds. Companion Encyclopaedia of the History of Medicine. Londres, Routledge, 15-23.

3. Medina Doménech, Rosa (2003), Visiones críticas sobre el desarrollo tecnológico, Granada, XVII Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria.

4. Medina Doménech, Rosa y Menéndez Navarro, Alfredo (2004), Tecnologías médicas en el mundo contemporáneo: una visión histórica desde las periferias, Dynamis, 24, 15-26.

5. Romero de Pablos, Ana y Santesmases, María Jesús (2023), Ontologías híbridas: materiales, culturas experimentales y género, Dynamis, 43(2), 327-337.

6. Latour, Bruno (2007), Nunca fuimos modernos. Ensayo de antropología simétrica, México, Siglo XXI.

7. Barclay, Katie (2017), New Materialism and the New History of Emotions, Emotions: History, Culture, Society, 1(1), 161-183.

8. Bennett, Jane (2022), Materia vibrante. Una ecología política de las cosas, Buenos Aires, Caja Negra.

9. Moretti, Nanni (1993), Caro Diario, Roma, Sacher Film.

10. Allué, Marta (1996) Perder la piel, Barcelona, Seix Barral.

11. Méndez de la Brena, Dresda (2021), Arte de vivir con un cuerpo dolorido, Granada, Tleo.

12. Cházaro, Laura (2004), Pariendo instrumentos médicos: los fórceps y pelvímetros entre los obstetras del siglo XIX en México, Dynamis, 24, 27-51.

13. Guevara, Camilo; Botero, Natalia; Ospina, Juan y Yepes, Carlos (2022), De la máquina que se repara, al dolor que habita lo corpóreo. Experiencias y significados del dolor en pacientes de un hospital de alta complejidad en Medellín, Colombia, Maguaré, 36(1), 71-100.

VARIA. 4

LOCURA, PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA

Imágenes de la locura en los siglos XIII-XIV. El loco furioso entre el discurso médico y el teológico

Maribel Morente Parra
Universidad Complutense de Madrid
mmoren15@ucm.es

La representación de la locura en la Edad Media se mueve en parámetros que trascienden la fisicidad del afectado, su sintomatología se muestra relacionada con su inadecuada expresión corporal y su conducta inmoral; en decir con lo que se considera fuera de la «normalidad», siempre normalidad histórica, ya que como apuntaba Jon Arrizabalaga «las enfermedades que cada sociedad reconoce como tales son, en mayor o menor medida, variables históricas y culturalmente dependientes» (1). Centramos por tanto la normalidad -y como consecuencia la anormalidad- en el contexto cultural y social en el que se representa, o en palabras de Ian Hacking, inventar y construir gente, en nuestro caso gente loca (2,3). En una época como la que vamos a tratar, donde preponderaba la verdad inasible del Dios cristiano, la realidad se representaba bajo unos códigos y significados en los que la vivencia debía regirse por la creencia, único medio para alcanzar la «salvación».

Nuestro análisis, lejos de considerar la evolución de la representación artística de la locura a lo largo de los últimos siglos medievales, desde el marginado peligroso hasta el bufón como imagen especular del poder civil y religioso, pretende aportar una mirada modesta sobre un tipo de «locura» especifica, la del loco furioso (4). Concretamente la intersección de la representación artística de la locura entre el discurso religioso y el médico, donde se produce un intercambio iconográfico que genera una imagen-síntoma que más allá de los miedos de la sociedad, hacían referencia a la necesidad de crear modelos de conductas reprobables reconocibles y claramente diferenciadas. Este intercambio establece una relación bidireccional entre el somaticismo patológico de la enfermedad y su expresión moral cristiana fuera de los márgenes ideales de la sociedad; el enfermo real, si lo es, deviene en enfermo moral. El diagnóstico, en este caso ideológico, resulta una eficaz herramienta para justificar el sometimiento, que implica el encierro como prevención y el castigo como instrumento para la disciplina. La vuelta al orden, físico y moral debe mostrar la eficacia de un sistema social necesariamente jerárquico que controla sus miedos subyugando la alteridad.

La fuente textual que nutre este análisis forma parte de textos bíblicos, se trata del salmo 52 (53 en la vulgata) del libro de los salmos, que comienza con la frase: «Dice el insensato en su corazón: ¡No hay Dios!». El axioma establece

la estrecha relación causal entre la negación de la incuestionable existencia de Dios y la insensatez, la falta de cordura. Y lo hace a través de la palabra que el propio insensato se dice a sí mismo en el corazón (no olvidemos la relación etimológica entre cordura y corazón), órgano de la pureza o de la maldad si se contamina. Todo el discurso se establece entre contrarios, sin matices: bueno-malo, sensato-insensato, verdad-mentira, ignorancia-sabiduría, cordura-locura. Representar en imagen-tipo todo este contenido, debía excluir la imagen del demonio, ontológicamente contrario a Dios, por tanto, sin libre albedrío, todo lo más acompañará al loco como instigador, como así aparece en algunas representaciones artísticas. Sin embargo, aunque es plausible plantear la duda del acto volitivo consciente en el comportamiento del loco del salmo en cuanto no responsable de sus actos, lo cierto es que su conducta nos dirige a la blasfemia dogmática, a la herejía, que establece la diferencia entre su locura y la cordura fundamentaba en la ideología cristiana, de tal forma que el ateísmo se convierte en síntoma patológico, diría incluso cultural, que se posiciona en el cuerpo a través de símbolos reconocidos por todos. Un ejemplo de la necesidad del control de los cuerpos y las creencias por parte de los poderes fácticos se aprecia en las representaciones artísticas de un tipo de locura que por cuestionamiento ideológico debe ser censurada, la del salmo 52.

En cuanto a la representación que acompaña el salmo, esta se enmarca y se encierra en la inicial D con la que comienza el texto y en los ejemplos utilizados de los siglos XIII y XIV, hace referencia a un personaje masculino semidesnudo, con la cabeza rapada o tonsurada, con un objeto en una mano y el dedo amenazador de la otra o bien con una maza (Figuras 1-2) (5,6,7).

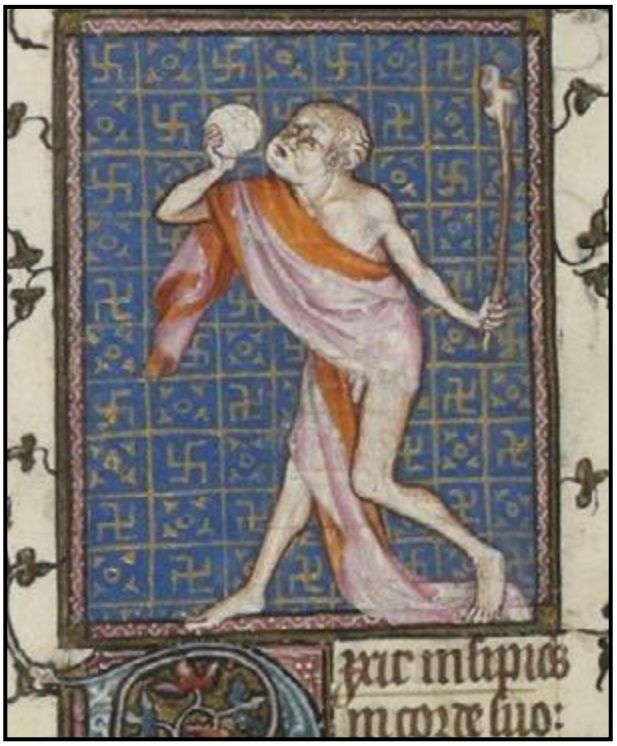


Figura 1. *Breviario de Jeanne de Bourbon*,
Ms. latin 1288, fol. 31v, BnF, 1334-1350



Figura 2. *Biblia*, Ms. res 188, fol. 257r, BNE, s. XIII.

El modelo fija un comportamiento punible en cuanto su actitud revela una acción irreverente ante un Dios que en algunas iniciales se asoma en la esquina superior para constatar su omnipresencia (Figura 3). El loco, como en el caso de los contagiosos, no es solo un enfermo, sino una condición, un estatus, que en el loco furioso -como en el leproso-, se convierte también en un lugar, el marginal de la sociedad, y de la religión; diríamos que ese lugar se reduce al espacio que ocupa dentro de la inicial de la que el loco no puede ni debe salir.



Figura 3. Guiard de Moulins, *Biblia historiada,* Ms. fr. 160, fol. 226v, BnF, primer cuarto del XIV

El insensato presenta una serie de elementos que le definen, los externos que podemos decir que le disfrazan de loco: la indumentaria, el pelo y/o los instrumentos que porta, y las actitudes y conductas que dirige el personaje hacia sí mismo o los demás. La indumentaria de los insensatos de nuestros ejemplos se reduce a un paño que le cubre algunas partes del cuerpo, en dos ejemplos dejando desnudo toda la parte inferior del cuerpo, incluso en el caso del Breviario de Jeanne de Bourbon (Figura 1), el artista deja al personaje con sus partes pudendas desnudas, lo que añade una mayor carga de inmoralidad y descaro.

Considerando que la prenda de vestir define el estamento social al que se pertenece, y predetermina el tratamiento que se espera de los demás, despojarse de la indumentaria, no solo descubre el cuerpo, sino que se degrada socialmente, lo que implica un cambio drástico en su condición social y por tanto moral que lleva a la autoexclusión, y se favorece y justifica la expulsión, si no efectiva, si moral, pero también al encierro, en este caso real; no olvidemos que en algunos fueros, como el de Madrid de 1250 que dice «quien matase o hiriese al mudo, sordo o enajenado no tiene pena». El harapo como indumentaria del loco no responde sólo a la falta de recursos económicos, sino y sobre todo a la falta de raciocinio, que le conduce al desprecio de su imagen social como significado simbólico, y le devuelve a los estados animales más primigenios. Como afirman Le Goff y Troung, la desnudez está al lado de lo salvaje y la locura (8). La desnudez del loco no debe asimilarse a la falta de indumentaria de la pobreza, ya que el pobre aun a pesar de la escasez de ropa, se cubre las partes pudendas, guardando la dignidad y el sentido del decoro que su indumentaria le permite. El descuido es una actitud que pone de manifiesto los límites de la racionalidad, al menos la reconocida y aceptada por el grupo social de pertenencia.



Figura 4. *Biblia,* Ms. fol.65v, Nationalbibliothek,Viena, s. XIV

Otra característica que aparece con frecuencia en estos locos es la presencia del rapado o la tonsura, en este caso como señalamiento social, el loco ha sido difamado por la sociedad que le castiga en su locura, como se hacía con brujas y criminales. El rapado también tenía una indicación terapéutica al permitir la aplicación de emplaste o cauterios como veremos en el ejemplo del personaje del manuscrito médico Amplonianus Q185 analizado más adelante. Otro objeto que identifica a los locos furiosos en estos contextos es la maza o porra amenazante que lleva, y que en ocasiones levanta incluso contra Dios (Figura 4).

Se trata del arma por excelencia, primitiva, como los orígenes de la violencia asociada al loco furioso, que se desata oculta a la razón, por tanto, libre de culpa, causa de una fuerza incontrolable, que responde más al miedo social irracional de la posibilidad que a la realidad de la violencia del loco enfermo. El tipo iconográfico más característico de esta herramienta es la maza o clava hercúlea, vinculada generalmente a la figura del héroe griego Heracles y el romano Hércules, en cuyas manos tenía la finalidad de ser un arma defensiva y de ataque infalible, símbolo de la fuerza, sin olvidar que el héroe enloquece, víctima de los celos desatados en la diosa Hera, que le ciega la razón y entregado a un delirio alucinatorio es presa de un ataque incontrolado de ira, en el que mata a sus hijos y esposa con su maza convertida en arma filicida y uxoricida como expresaron Eurípides en su Heracles loco y Séneca en el Hércules loco de sus tragedias. El otro objeto que en nuestros ejemplos el loco mantiene cerca de la boca, presenta una ambigua significación, vinculada al contexto de producción de la imagen, se trata de un objeto redondo, de tamaño variable y de color claro -generalmente blanco o tostado- que el loco se lleva a la boca con la clara intención de comérselo, al menos morderlo (5,9). En el contexto bíblico, en el salmo 52 se menciona el pan como símil del pueblo que es comido por el mal: «... ¿No aprenderán todos los agentes del mal que comen a mi pueblo como se come el pan, y no invocan a Dios?». En otros contextos, relacionados con los refranes profanos, el objeto puede relacionarse con una piedra, en cuyo caso lo irracional es el acto de morder del loco, o con un queso como alimento melancólico que propicia la locura. De todas formas, en otras representaciones de la misma época, el loco aparece con otros objetos o ninguno; sea o no literal, su presencia condena aún más al loco en su locura.

La otra característica, en este caso interna que define al loco furioso, es su conducta violenta, relacionada con el furor, que más que un estado permanente de locura se manifiesta en un ataque violento contra algo, alguien o uno mismo, con pérdida de control sobre la acción y en general sobre la razón. Este acto irracional, aunque exento de culpa, es lo que posiciona a la sociedad en una situación de desconfianza y temor hacia el demente. El loco furioso se convierte en un elemento disonante y molesto, insociable, trasgresor de las normas morales, cuestiona los valores establecidos; aunque tampoco los necesita, ya que es un hombre desposeído, que se reduce a la condición primigenia del animal, pero no al animal domesticado, sino al salvaje, que huye al bosque para refugiarse, para cazar (10). Es difícil determinar si la conducta que la sociedad ejerce sobre el loco se debe a la falta de implicación moral en sus acciones, al carecer de capacidad volitiva y responsabilidad, o bien al miedo que su comportamiento puede ocasionar, pero lo cierto es que en todo contexto hay locos reales o imaginados a los que se les difama y encierra.

Respecto al discurso médico la locura es también heredera de las argumentaciones filosóficas de los clásicos que la consideraban no solo una dolencia del cuerpo, sino también una disposición de las pasiones, un estado de conocimiento, equiparable tanto al furor de la genialidad como a la ceguera de la

mente. Las facultades superiores se localizaban en tres ventrículos cerebrales: la imaginación en el anterior, el entendimiento en el medio y la memoria en el posterior. Siguiendo la teoría humoral se consideraba la locura un desequilibrio de las concentraciones de bilis negra o atrabilis, y se establecía una clasificación de los tipos de «locura» dependiendo de la localización de la afección y su sintomatología. Aunque cada autor localizaba la corrupción humoral en distintos lugares del cerebro, la mayoría diferencian la locura en manía o furor como manifestación violenta sin fiebre, la melancolía como corrupción del ánimo hacia la tristeza o la acedia, la frenitis como delirio agudo provocado por la fiebre y la epilepsia como enfermedad de la imaginación o fantasía. Isidoro de Sevilla, en el libro IV, capítulo VII de sus Etimologías, consideraba entre las enfermedades crónicas a la manía como alteración de la memoria y cuya denominación se debe a la locura y el furor (11). Médicos de principios del siglo XIV como Bernardo Gordonio, incluían la manía y la melancolía entre las corrupciones del ánimo sin fiebre, e incluso comentaba que «viene mas vezes en el tiempo de Otoño, y del Verano» lo que introduce variables como la meteorología en la predisposición a los ataques (12).

No es habitual representar los estados de locura en los tratados médicos medievales, excepto en algunos textos quirúrgicos en los que se muestran los puntos de aplicación del cauterio como tratamiento de las alteraciones, como ocurre en un manuscrito de mediados del siglo XIV Ms. Rawls c. 328 de la Bodlian Library Oxford, que recoge la obra quirúrgica de Abulcasis, en cuyo folio 8v, en la que según el texto, el personaje representado está afectado de manía, pero sin mostrar características visibles de su enfermedad, excepto los dos puntos frontales de indican el lugar para la cauterización que tratará su mal. Sin embargo, en el tratado médico de finales del siglo XIII, principios del XIV, en el manuscrito Amplonianus Q185, fol.247v, de la Biblioteca Universitaria de Erfurt (13), no solo el texto, sino y sobre todo la imagen elegida para representar la manía coincide con la del loco furioso del salmo 52 (Figura 5).

El maniático aparece rapado y con un paño que solo le cubre los hombros, mostrando una desnudez vergonzante, mientras con una mano sostiene la maza, con la otra señala amenazante con el dedo hacía arriba, ¿quizás a Dios?

La presencia del insensato-maniático en el tratado quirúrgico solo se diferencia en la falta de marco y en la presencia de la marca en la zona frontal que señala el lugar para la aplicación del cauterio que le permita recuperar la cordura y la dignidad que la imagen le usurpa. Esta contaminación iconográfica interrelaciona la imagen religiosa y moral con la imagen médica; pero también con el diagnóstico médico y por tanto con su tratamiento.



Figura 5. *Tratado medico*, Ms. Amplonianus Q185, fol.247v,
Biblioteca Universitaria de Erfurt, Alemania, siglo XIV

Si bien es cierto que la imagen parece aislada -al menos no he podido localizar ninguna similar-, y puede corresponderse con un taller de artistas que trabajaran tanto textos de carácter sagrado como profanos, lo que sin duda se pone de manifiesto, es la importancia de la circulación de modelos, muy frecuente entre los artistas y talleres de toda Europa durante los siglos XIII y XIV. Sea como fuere, y aunque sea difícil identificar la fuente que creó el modelo -incluso pudo tratarse de la imagen real de locos vistos y recreados por los artistas-, la imagen-tipo utilizada como contenedora del sentido y significado de la lectura literal y sobre todo simbólica del salmo 52, saltó del libro de los salmos al contexto médico, estableciendo con él una relación intertextual que carga con toda la semiótica previa y permite convertir la imagen en un *topoi* concreto de loco. Hecho que también condicionará y legitimará el comportamiento de la sociedad y la autoridad frente a la indefensión del enfermo, que será víctima de otras locuras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arrizabalaga, Jon (1993). Locura y enfermedades mentales en el mundo medieval. Historia 16, (211), 33-43.

2. Hacking, Ian . La Construcción social de qué. Barcelona, Paidós.

3. Huertas, Rafael (2011). En torno a la construcción social de la locura. Ian Hacking y la historia cultural de la psiquiatría. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 31(111) 437-456.

4. Fritz, Jean Marie (1992). Le discours du fou au Moyen Age, Paris, Press Universitaires de France.

5. Martínez Ruipérez, Antonia (2021). Homo insipiens: negando a Dios en el siglo XIII. Goya, 375, 95-111.

6. Borràs Castenyer, Laura (2000). Imágenes de la locura de la Edad Media. Actas del VIII Congreso Internacional de la Asociación Hispánica de Literatura Medieval: Santander, 22-26 de septiembre de 1999, Margarita Freixas Alás (coord.); Silvia Iriso Ariz (aut.), Laura Fernández García (col.), Vol. 1, 391-398.

7. Garnier, François (1977) “Les conceptions de la folie d’après l’iconpgraphie médiévale du psame Dixit Insipiens”, Congrès National des Sociétés Savantes, Philologie et Histoire, t. II, Limoges.

8. Le Goff, Jacques y Troung, Nicolás (2005). Una historia del cuerpo en la Edad Media, Barcelona, Editorial Paidós.

9. Borràs Castenyer, Laura (1999). Més enllà de la raó, Barcelona, Quaderns Crema.

10. Bartra, Roger (1996) El salvaje en el espejo, Barcelona, Destino.

11. Isidoro de Sevilla (1993). Etimologías, Estudio y edición de José Orozco Reta y Manuel Marcos Casquero, Madrid, Ed. BAC., 489-491.

12.Gordonio, Bernardo, Obras de Bernardo Gordonio insigne maestro y doctor en Medicina en que se contienen los siete libros de la práctica o Lilio de la Medicina...en Madrid, por Antonio Gonçalez de Reyes, 1697.

13. Sudhoff, Karl (1914). Beiträge zur Geschichte der Chirurgie im Mittelalter Graphische und textliche Untersuchungen in mittelalterlichen Handschriften. Leipzig, Verlag von Johann Ambrosius Barth.

"El medico necesita imaginación", según las palabras de Huarte en su "Examen de ingenios" (1575)

Pengchen Dai
University of Groningen
p.dai@rug.nl

En el "Examen", el médico y filósofo español Juan Huarte de San Juan establece una conexión entre la facultad de la imaginación y la práctica médica. Sostiene que la imaginación es un requisito indispensable para los médicos encargados de diagnosticar y tratar las enfermedades de sus pacientes. Se trata de una perspectiva que se diferencia de las opiniones dominantes de los debates médicos de la edad moderna, que suelen asociar con la imaginación connotaciones negativas como el frenesí, la manía y la melancolía (1, 2). Huarte, por el contrario, resalta el potencial de esta capacidad. En su obra (3, p. 500), resalta que es a través de la imaginación que un médico, tras emplear la vista, el oído, el olfato y el tacto en su examen del paciente, llega a conocer aspectos de la enfermedad que de otro modo parecen imposibles de conocer (literalmente: "alcanza lo que parece cosa imposible").

Mi objetivo en este trabajo es explorar su visión de la imaginación en el "Examen de ingenios", una visión que resulta sorprendente y que, hasta el día de hoy, ha sido poco estudiada. Más concretamente, estudio cómo argumenta su necesidad en la práctica médica. Además, me pregunto hasta qué punto su formación clínica, su experiencia práctica y sus reflexiones sobre el contexto médico del siglo XVI pueden haber influido en esta visión. De hecho, existe un considerable interés académico por el concepto de la imaginación en el pensamiento de la edad moderna, y algunos historiadores de la literatura como Orobitg (4, 5), han apuntado hacia la redefinición de Huarte que la entiende como una capacidad creativa. Asimismo, otros historiadores de la medicina como Arrizabalaga y Giordano, toman nota de la extensiva exploración que hace Huarte del papel clave de la imaginación en la práctica médica. Estos autores, además, sugieren que tal énfasis podría funcionar como una defensa oculta de los conversos frente a las exclusiones sociales a la que este colectivo estaba expuesto en la España moderna (6, 7). Esta interpretación ofrece una visión muy valiosa que explica por qué Huarte resaltaba tanto la facultad de la imaginación. Sin embargo, aún se necesita un análisis exhaustivo de su "Examen", para aclarar cómo Huarte argumenta a favor del papel esencial de la imaginación para la práctica de la medicina.

Por ello, mi análisis se centra en el capítulo XII del "Examen", donde Huarte introduce el tema central mediante varios ejemplos, preguntándose por qué fracasan los médicos racionales al curar. En este capítulo, la expresión "la práctica de la medicina" se refiere específicamente al arte de curar. Basándose en la teoría galénica de los temperamentos que sostiene que la constitución de un individuo depende del equilibrio de los cuatro elementos, Huarte argumenta que el tratamiento exitoso requiere dos condiciones: primero, que el médico restablezca el equilibrio humoral del paciente; y segundo, que el médico ya esté familiarizado con el estado de salud del paciente. Explica que esta familiaridad se adquiere a través de observaciones previas del pulso del paciente, el color de su rostro y el examen de su orina. Dicho conocimiento permite al médico evaluar el punto hasta el cual el paciente se ha desviado de la salud y determinar hasta dónde necesita ser restituido ("hasta dónde lo ha de restituir," 3, p. 495).

Según Huarte, este segundo requisito (de conocer el estado de salud del paciente) depende fundamentalmente de la facultad de la imaginación. Para explicar esto, recurre a un ejemplo clásico de la tradición aristotélica: uno no puede ver ni oír un objeto con claridad, ni distinguir lo que es, si la imaginación está distraída en la contemplación y por tanto no le está prestando atención. A partir de esto, Huarte concluye que la imaginación es la facultad que percibe los detalles. Sin ella, los sentidos externos, como la vista, el oído y el tacto, "no pueden obrar bien" (3, p. 497). Es decir, la información que recogen los sentidos no puede ser debidamente atendida, ni mucho menos transmitida a las facultades racionales.

Huarte contrasta además, en el proceso diagnóstico, el rol de la imaginación con él del entendimiento. Señala que, mientras el entendimiento identifica la necesidad de diagnosticar la enfermedad basándose en el síntoma que parece más peligroso, solo la imaginación puede atender a los detalles y determinar qué síntoma específico es, de hecho, el más significativo para identificar la dolencia. La imaginación es, por tanto, indispensable para el médico. No solo porque la necesita para percibir la información sensorial, sino también porque permite distinguir entre los síntomas y emitir juicios diagnósticos informados.

A partir de lo expuesto hasta aquí, podemos ver que la comprensión que tiene Huarte de la facultad de la imaginación se fundamenta, en su mayor parte, en la tradición aristotélica. Esta idea, que concibe la imaginación como intermediaria entre los sentidos y el intelecto, tuvo una gran influencia durante el período medieval y moderno (8). Sin embargo, Huarte se aparta del marco aristotélico al demostrar que la imaginación no se limita a transmitir información sensorial, sino que atiende activamente a su contenido. En su descripción de un médico que diagnostica a un paciente, muestra que la imaginación posee ciertas "propiedades inefables" que permiten al médico conocer cuál podría ser la enfermedad. A partir de "la fecundidad de la imaginativa", el médico genera conocimiento sobre una enfermedad a partir de "señales comunes, inciertas, conjeturales" (3, pp. 500–501).

Huarte no define explícitamente qué entiende por esas "propiedades inefables" de la imaginación. Sin embargo, podemos encontrar descripciones relacionadas con ello en sus análisis de otras disciplinas asociadas con esta facultad. En

tales casos, las personas conocen o generan cosas, basándose en información sensorial, que sin una buena imaginación serían imposibles de conseguir. Huarte destaca el papel fundamental de la imaginación en la retórica, donde un orador hábil, con una imaginación particularmente aguda, discierne—a través de su interacción con el público—el momento adecuado para aplicar "los donaires, apodos, motes y comparaciones" (3, p. 437). En el arte militar, describe a un general que "alcanza muchas tretas con la imaginativa" (3, p. 535), inventando estrategias que, aunque informadas por su lectura del campo de batalla, son originales o, al menos, nunca antes se habían aplicado.

Otra forma de entender las "propiedades inefables" de la imaginación consiste en recurrir a las teorías modernas acerca de los sentidos internos, en particular al concepto de "fantasía" desarrollado por Juan Luis Vives. Vives describe la facultad de la fantasía como el poder que une o separa las imágenes recibidas por los sentidos, y que la imaginación inicialmente retiene de forma simple y discreta (9). Durante el período moderno, los conceptos de fantasía e imaginación tendieron a solaparse y sus funciones se consideraban a menudo intercambiables (1, 9). Si, siguiendo esta tradición, entendemos que la imaginación en el tratado de Huarte es capaz de combinar y diferenciar datos sensoriales en forma de imágenes, entonces su rápida actuación podría permitir la creación de combinaciones novedosas y coherentes del contenido sensorial. Estas combinaciones, por tanto, ayudarían a generar un conocimiento aparentemente imposible, que puede consistir en un diagnóstico intuido, un gesto retórico o en un ingenioso plan militar.

Además, tal y como ha señalado Orobitg (4, 5), la capacidad de la imaginación para atender a la información sensorial y recombinarla ayuda a esclarecer la redefinición que hace Huarte de esta facultad, en particular su asociación con la inventiva. En cada uno de los ejemplos anteriores, la imaginación funciona como una potencia activa que genera nuevos diagnósticos, expresiones o estrategias. De este modo, el énfasis de Huarte en la imaginación se alinea con las ideas del humanismo renacentista, que también la describían como una facultad que va más allá de la recepción y la transmisión pasiva de datos sensoriales. Aunque humanistas como Marsilio Ficino no exploraron en detalle cómo opera la imaginación, sí la consideraban una facultad importante entre los sentidos internos, especialmente en relación con la creación artística (2).

Sin embargo, Huarte va más allá del ethos humanista. Observa que en la España del siglo XVI, los grandes teóricos de la medicina eran a menudo practicantes con habilidades modestas, mientras que muchos tratamientos exitosos eran realizados por individuos sin formación teórica formal y que no se identificaban a sí mismos como médicos (10). En el Capítulo XII, Huarte aborda esta discrepancia planteando que la teoría y la práctica de la medicina deben considerarse dominios separados, cada uno de los cuales requiere un componente principal diferenciado del ingenio. Al vincular la comprensión con el ámbito teórico y la imaginación con el ámbito práctico, Huarte ofrece una guía a la sociedad de cómo identificar a aquellas personas cuyas inclinaciones naturales les permiten desarrollar, ya sea una competencia teórica, o una pericia práctica. Esta afirmación se alinea

estrechamente con la idea central del "Examen" que es la de evaluar el ingenio individual de cada persona para orientarla hacia la profesión más acorde con su inclinación natural.

Sobre esta base, sugiero que Huarte avanza en la conexión entre imaginación y práctica médica, proponiendo que la forma de imaginación más adecuada para este ámbito es rara en España y se encuentra con mayor frecuencia entre los conversos. Tal y como he indicado, esta opinión ya fue discutida en profundidad por Arrizabalaga y Giordano (6, 7). Dadas las limitaciones de espacio, no pretendo ofrecer aquí una evaluación completa de la idea que Huarte tiene de la imaginación, ni de las interpretaciones anteriores que circulaban en el contexto de la edad moderna.

Lo que sí queda claro, es que el énfasis de Huarte en el papel de la imaginación en el proceso de curación desafía la visión predominante de la época. Al destacar sus aplicaciones prácticas rechaza las connotaciones negativas y, con ello, amplía la visión humanista renacentista de la imaginación como una potencia cognitiva activa. Huarte extiende su alcance más allá de la creación artística y afirmando su relevancia para la vida profesional. Sus reflexiones sobre la práctica médica conectan con el contexto institucional e intelectual de la España del siglo XVI e invitan investigaciones futuras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vermeir, Koen (2004), The 'physical prophet' and the powers of the imagination. Part I: a case-study on prophecy, vapours and the imagination (1685-1710), Studies in History and Philosophy of Biol & Biomed Sci, 35(4), 561–591.

2. Sumillera, Rocio G (2016), From inspiration to imagination: The physiology of poetry in early modernity, Parergon, 33(3), 17-42.

3. Huarte de San Juan, Juan (1989), Examen de ingenios para las ciencias, Madrid, Cátedra.

4. Orobitg, Christine (2014), Del examen de ingenios de Huarte a la ficción cervantina, o cómo se forja una revolución literaria, Criticón, 23-39.

5. Orobitg, Christine (2021), Wit, Imagination, and the Goat. En: Jaén, Isabel; Simon, Julien Jacques, eds. Cervantes and the early modern mind, Nueva York, Routledge, pp. 98-117.

6. Arrizabalaga, Jon (2018), La medicina en Huarte de San Juan. Práctica clínica versus filosofía natural. Cahiers de recherches médiévales et humanistes, Journal of medieval and humanistic studies, (35), 405-426.

7. Arrizabalaga, Jon; Giordano, Maria Laura (2020), Cristianismo paulino en Huarte de San Juan: meritocracia y linaje en el Examen de ingenios para las ciencias (Baeza 1575, 1594), Hispania sacra, 72(146), 363-375.

8. Kooij, Suzanne (2004), Poetic imagination and the paradigm of painting in early-modern France. En: Nauta, Lodi; Pätzold, Detlev, eds. Imagination in the later Middle Ages and Early Modern times, Lovaina, Peeters, pp. 77-92.

9. Casini, Lorenzo (2014), Renaissance Theories of Internal Senses. En: Knuuttila, Simo; Sihvola, Juha, eds. Sourcebook for the history of the philosophy of mind: Philosophical psychology from Plato to Kant, Springer, pp. 147-156.

10. Slater, John, López Terrada; María Luz; Pardo-Tomás, José (2014), Medical cultures of the Early modern Spanish empire. Londres-Nueva York, Routledge.

Locura y escándalo: el control de las mujeres dementes en la Barcelona del Antiguo Régimen (siglos XVIII-XIX)

Tanit Castells Pañella
Institut d'Història de la Ciència – Universitat Autònoma de Barcelona
tanit.castells@autonoma.cat

En el Antiguo Régimen, el Hospital de la Santa Cruz de Barcelona fue una institución articulada en el asistencialismo. Entre finales de siglo XVIII y las primeras décadas del siglo XIX, los departamentos de dementes mantuvieron unas dinámicas de funcionamiento ajenas a los incipientes procesos de medicalización que estaban en desarrollo en el continente europeo. En la institución predominaba una noción cultural de la locura, sujeta a ideales religiosos y morales, que interactuaba con una medicina humoral en proceso de transición hacia un nuevo modelo médico. En este contexto, la locura debe entenderse como un concepto sociocultural extremadamente amplio y difuso, en el cual aún no se aprecian distinciones significativas basadas en el género.

La documentación conservada en el *Arxiu històric del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* es excepcionalmente rica para conocer la percepción social de la locura en las clases populares. Las descripciones de la locura en estos expedientes responden al relato de familiares, vecinos, párrocos o alcaldes, por lo que dan cuenta de qué se entendía por locura dentro de la comunidad donde vivía el loco o la loca.

Durante el Antiguo Régimen, el loco era responsabilidad de su entorno, familiar o local (1). Manifestar la enfermedad no era suficiente para su institucionalización. En este sentido, las solicitudes de ingreso solían estructurarse en dos partes: por un lado, la descripción del comportamiento para evidenciar la condición de loco o loca, y por otro, los motivos que justificaban la petición de entrada al departamento. En el caso de las mujeres, estas solicitudes eran presentadas por sus padres o maridos, y apelaban a una necesidad de vigilancia de la loca ante el peligro de escándalo público que podía representar su conducta.

Recordemos que, en las sociedades europeas de este periodo el *honor*, la *virtud* y el *escándalo*, constituían pilares fundamentales en la construcción del código de conducta aceptado. El honor femenino era sinónimo de mantener la virtud, vinculada a un comportamiento casto, virginal o sexualmente adecuado (2, p.75). A su vez, esta virtud se erigía como el máximo exponente del honor y reputación familiar, y por lo tanto de los hombres vinculados a esta (3, p.117, 2, p.79). Dentro de esta lógica, aquellos comportamientos que transgredieran los roles y normas impuestas por la moral religiosa y el orden patriarcal (4, p.162) podían generar un *escándalo.*

El escándalo, en este contexto, no implicaba únicamente una alteración del orden público, sino que se inscribía también en el ámbito del pecado e incluso del delito, por lo que implicaba la pérdida del honor familiar y masculino (5). El temor constante al escándalo público motivó la necesidad de control y vigilancia constante de las mujeres en el seno familiar (4), a la vez que articuló un sistema de instituciones asistenciales, políticas y punitivas que tenían como objetivo salvaguardar y restituir el honor femenino, y con ello, el honor familiar y masculino (3).

Este sistema de control y castigo de la conducta femenina se materializó en las instituciones asistenciales destinadas a pobres y/o criminales o pecadoras como la Casa de Misericordia (3) o las Reales Galeras (6). El Hospital de la Santa Cruz, por el contrario, no se inscribe en este tipo concreto de centros de corrección, pues como se describe de forma reiterada en las fuentes, su objetivo no era corregir (7), pero sí controlar y vigilar de forma temporal a las dementes ingresadas cuando podían suponer un peligro social para sus entornos. Cabe destacar que, según los libros de registro de ingreso y salida de sus dos departamentos, la mayoría de las estancias no superaban los tres meses, por lo que no parece que existiera una intencionalidad de aislamiento definitivo de las dementes.

Esta dinámica de control se observa en diversas peticiones, cuya justificación de ingreso era evitar un escándalo – entendido, en este contexto concreto, como gritos e insultos que pudieran ser percibidos públicamente –. Ejemplo de lo dicho es el caso de Esperanza Vicens, quien fue ingresada en el departamento de mujeres dementes en junio de 1812, ya que su marido exponía en la solicitud que Esperanza presentaba signos de locura. Aunque parece que sus parientes se encargaban de cuidarla, la petición de ingreso se dirigía a *“evitar las fatales consecuencias que tal infame proceder podría provocar a su marido*” (8).

Algo similar ocurre en el caso de Raymunda Clariana. En su petición de ingreso de 1830, su marido informaba que su esposa sufría “*furiosos arrebatos*” que no solo ponían en peligro su vida, sino que causaban “*muchos escándalos con sus dichos u hechos como es público y notorio en todo el vecindario de su casa*” (9).

Por otro lado, también se describen situaciones donde el escándalo ya se ha cometido, y es la presión de la comunidad que lleva al hombre a presentar la petición de ingreso. Es el caso de Rosa Guardia y Frasals. Esta mujer estuvo asistida por el entorno familiar entre 1819 y 1830, hasta que los vecinos forzaron su ingreso: “*los vecinos (…) los que me impelieron à hacerla observar (…) por los facultativos*” (10).

Se observa que, en los casos mencionados, la locura femenina era contenida en el ámbito doméstico, en ocasiones durante años. Parece evidenciarse que, siempre que dicha locura no fuera vista, podía mantenerse en el entorno familiar. No obstante, cuando aumentaba el riesgo de escándalo o exposición social, las familias procedían a la institucionalización. De este modo, el ingreso no se producía prioritariamente por la enfermedad, sino por el peligro que implicaba una posible transgresión de las normas de conducta femenina aceptadas socialmente.

En contraste, los casos masculinos analizados muestran una dinámica distinta, por lo general el ingreso se producía cuando la alteración del orden ya se había cometido, y el loco representaba ya un peligro para la comunidad debido a acciones o conductas violentas. En las fuentes referentes a los hombres, no se percibe esta idea de ingreso o encierro por "prevención" del escándalo, como sí ocurre en el caso de las mujeres. Por el contrario, parce que en la comunidad existía una cierta tolerancia a los escándalos producidos por hombres, tal y como se evidencia en el caso de Pau Matoses.

En 1787, el alcalde de la Vila de Igualada dirigió una carta al Hospital donde exponía que Matoses sufría *"un género de locura que puede causar mucho daño a estos vecinos, como ha sucedido en varios lances, que se podrán referir, y últimamente ha sido preciso (...) ponerlo en la cárcel, porque iba a descargar un golpe de hacha a un hombre de esta vecindad"* (11). A pesar de que Matoses ya había protagonizado otros altercados, que no son descritos en la fuente, desde la comunidad se toleró y convivió con estas alteraciones del orden público hasta que fue preciso encerrarlo en 1787 debido al aumento de su peligrosidad.

Este contraste observado en las fuentes pone de relieve distintos umbrales de tolerancia social según el género del demente. En la documentación femenina se describen gritos, insultos, amenazas de muerte y haber roto platos o la ropa, entre otros comportamientos, los cuales fueron motivos suficientes para su encierro o ingreso. En el caso de los hombres, sin embargo, se observa una mayor permisividad a este tipo de escándalo, llegando a postergar la petición de ingreso hasta que se producía algún tipo de agresión, e incluso algún homicidio (12).

En definitiva, aunque el Hospital de la Santa Cruz de Barcelona no se inscribió en el mismo marco de corrección de conductas que caracterizaba otras instituciones, los departamentos de dementes funcionaron como espacios de contención rápida y temporal en momentos de necesidad o urgencia de las familias o de la comunidad. Dichas situaciones, condicionadas por el temor social, resultaron en el ingreso de algunas mujeres como medida de "prevención" del escándalo que podían generar, inquietud que no parece haber motivado los ingresos masculinos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comelles i Esteban, Josep Maria (2007), Locura, quejas y malestares: Cultura, Sociedad y salud mental en España, Trabajo social y salud, 56, 69-110.

2. Ghirardi, Mónica; Vassallo, Jaqueline (2010), El encierro femenino como práctica. Notas para el ejemplo de Córdoba, Argentina, en el contexto de Iberoamérica en los siglos XVIII y XIX, Revista de Historia Social y de las Mentalidades, 14(2), 73-101.

3. Carbonell i Esteller, Montserrat (1997), Sobreviure a Barcelona: Dones, pobresa i assistència al segle XVIII, Barcelona, Eumo.

4. Ortego Agustín, Maria Ángeles (2003), Familia y matrimonio en la España del siglo XVIII: ordenamiento jurídico y situación real de las mujeres a través de la documentación notarial. Universidad Complutense de Madrid. Tesis doctoral.

5. Torremocha Hernández, Margarita; Calvo Caballero, Pilar (2024), Escándalo: Mujer, familia y vecindario (ss. XVI-XIX), El Futuro del Pasado: revista electrónica de historia, 15, 17-18.

6. Torremocha Hernández, Margarita (2018), Cárcel de mujeres en el antiguo régimen: Teoría y realidad penitenciaria de las galeras. Madrid, Dykinson.

7. Archivo Histórico del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (1826), Correspondència sobre ingrés d'un dement a l'Hospital, n. 3794.

8. Archivo Histórico del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (1812), Documentación sobre solicitud de ingreso de una demente al Hospital, n. 4771.

9. Archivo Histórico del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (1830), Documentació sobre dements de l'Hospital, n. 27079.

10. Archivo Histórico del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (1832), Documentació sobre dements de l'Hospital, n. 27081.

11. Archivo Histórico del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (1787), Correspondència dels administradors de l'Hospital, n. 3165.

12. Archivo Histórico del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (1828), Correspondència sobre ingrés d'un dement a l'Hospital, n. 3807.

Mariano Ruiz Cánovas, un psiquiatra en el cambio de siglo

Mª Luisa Losada Sanmartín
Grupo de Física No Lineal,
Universidad de Santiago de Compostela
malulosa@gmail.com

El objetivo de la presente ponencia es dar a conocer la figura del médico Mariano Ruiz Cánovas (1863-1939), nacido en Murcia pero afincado en Madrid, ciudad en la que cursó sus estudios universitarios y donde fundó y dirigió su Casa de Salud Nuestra Señora del Carmen, en la zona de Ventas, al norte de la ciudad, para el tratamiento de enfermos mentales.

No ha sido fácil reconstruir la trayectoria vital y profesional de Mariano Ruiz. Dos han sido las fuentes principales: por una parte, las conversaciones con miembros de su familia, que han compartido conmigo sus recuerdos (y sus fotografías), y por otra, las fuentes documentales digitales (archivos y bibliotecas: prensa y cartografía en especial): sin éstas, la investigación hubiese sido imposible.

Toda la información personal relativa a los antecedentes familiares y los primeros años de Mariano se ha obtenido a partir de su expediente académico digitalizado en el Archivo General de la Región de Murcia.

Con el título de bachiller bajo el brazo, a partir de 1882, se le sitúa ya en Madrid, el amparo de su hermano mayor, sacerdote en la capital. De hecho, todos los hermanos Ruiz Cánovas (3 varones, y una mujer) recalan en Madrid por estas fechas. He aquí una circunstancia fundamental en la vida de Mariano: la familia. Veremos que su familia va a ser algo inseparable de su proyecto profesional, ya desde sus inicios: la familia le proveerá de los fondos necesarios para levantar y mantener su proyecto, y será a la vez, indispensable en la terapéutica con sus pacientes.

Pero, ¿cómo encuadrar su proyecto asistencial? ¿Cuáles fueron sus referentes? ¿Qué papel desempeñó en el largo proceso de institucionalización y profesionalización de la siquiatría en España?

A pesar de que no se ha podido localizar ninguna publicación de Mariano Ruiz, ningún escrito suyo ni su biblioteca, sí contamos con el Reglamento que rigió su establecimiento.

Este Reglamento figura en un folleto de promoción de su Casa de Salud Nuestra Señora del Carmen, establecimiento aprobado por R.O. de 12 de abril de 1899 y creado para la *curación de enfermedades nerviosas y mentales*, según aparece

ya en la primera página. Y, a continuación, un aval de su conocimiento profesional: *Ayudante 18 años de los doctores Esquerdo, Simarro y Vera*.

Según el Reglamento, se trataría de una Casa *que por sus procedimientos curativos y organización científica basados especialmente en los modernos y humanitarios principios de una exquisita y bien practicada higiene y de una terapéutica morales, principalmente psicológicas, la despojasen completamente de aquellos medios, recursos y prejuicios del manicomio antiguo, en torno al cual llegó a formarse y aún persiste en la opinión de las gentes, tan negra y triste leyenda, donde los enfermos pudieran hallar el alivio, y en muchísimos casos su completa curación, y sus familias tranquilidad de verlos tratados y solícitamente atendidos, y la esperanza fundada de que algún día vuelvan á su seno sanos y libres de toda incapacidad.*

Las fotos de las páginas interiores del folleto ilustran el exterior y diversas estancias del complejo, y la cartografía de 1910 ha permitido identificar la parcela y su entorno; la hemeroteca ha permitido saber los usos y transformaciones del complejo, usado a la vez como emblema profesional y de proyección social del propio siquiatra y de su disciplina.

El folleto ha de ser necesariamente posterior a 1910, puesto que incluye información de un segundo enclave sanitario, esta vez en Torrevieja, inaugurado en julio de 1910, donde sus pacientes harían un uso terapéutico de los baños y los paseos a la orilla del mar.

El modelo en sí no era desconocido: uno de los referentes de Mariano, Jose Mª Esquerdo (1842-1912), había puesto en marcha algo muy similar. Pero lo que hacía original el proyecto de Mariano Ruiz era la convivencia de los enfermos con su propia familia, puesto que compartían espacios de sociabilidad.

Siquiatría de ciudad, pero alejada del mundanal ruido, sujeta a la legislación de 1885, y bajo los presupuestos higienistas y de terapia moral, en un ambiente tranquilo y familiar, todo encaminado a facilitar su readaptación social: *en sitio aislado, elevado y pintoresco, rodeada la hermosas finca de frondosos jardines; edificio dotado de amplios pabellones construidos ad hoc, hemos acumulado en él, sin reparar en gastos, cuantos adelantos la moderna ciencia exige en sus diversos ramos de hidroterapia, electroterapia, gimnasia, etc.*, *así como para esparcimiento y solaz de nuestros enfermos*.

Pero ¿qué se sabe de los pacientes? ¿Cuántos podían ser tratados en Madrid, en Torrevieja?

Los *Anuarios* de los años 30 del fondo documental del Instituto Nacional de Estadística aportan las cifras: más de 20 y menos de 30 pacientes, según los años.

Y la hemeroteca ha proporcionado el nombre de dos pacientes tratados por Mariano Ruiz, y a la vez, ha corroborado el vínculo profesional, además del personal, entre Mariano y dos figuras fundamentales de la psiquiatría española, Luis Simarro (1851-1921) y Gonzalo Rodríguez Lafora (1886-1971).

La prensa de la época también ha recogido la actividad privada de Mariano en Madrid y en Torrevieja: *El Diario de Murcia, La Correspondencia de España, La Semana Católica, El Correo, El Imparcial, Gaceta de Madrid, El Liberal, El Día*… reseñan sus idas y venidas entre ambas ciudades, acompañado de su familia y pacientes, las bodas familiares, las inauguraciones, e incluso los sucesos más variopintos como los accidentes de automóvil sirven para proyectar su imagen personal y empresarial, y la reivindicación de su status como experto y el de la siquiatría ante la sociedad.

A la luz de la documentación disponible, esta ponencia pretende también valorar la red de relaciones personales de Mariano Ruiz, y su experiencia profesional y asistencial, y si pudo haber influido su modelo asistencial en las propuestas terapéuticas o de reforma psiquiátrica que sus contemporáneos publicitaron a partir de los años 20, en ámbitos como *Archivos de Neurobiología.*

Mariano Ruiz Cánovas continuó en activo, con sus dos sanatorios, hasta 1936, cuando la Guerra Civil le sorprendió de vacaciones en San Sebastián, en casa de su hija Carmen. Allí murió, en 1939. Su proyecto continuó en manos de sus hijos durante un tiempo; alguno se independizó y reprodujo a su manera el modelo de Mariano en otro emplazamiento, *Villa Josefina*, inaugurada en 1942, pero ya sin un siquiatra de la familia al frente.

A partir de entonces, nuevos horizontes se fueron abriendo para la siquiatría: nuevos tratamientos farmacológicos, y también cambios en la legislación en materia de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bandrés, Javier (2022), Luis Simarro y sus contemporáneos, Madrid, Sanz y Torres.

2. Campos Marín, Ricardo (1999), La teoría de la degeneración y la profesionalización de la psiquiatría en España (1876-1920), Asclepio 51 (1), 185-204.

3. Campos Marín, Ricardo (2004), La siquiatría en la ciudad: higiene mental y asistencia extramanicomial en España en la década de 1920, Madrid, Frenia, 4, 101-111.

4. Carpintero Capell, Helio (2014), Luis Simarro: de la psicología científica al compromiso ético, Valencia, Universitat de Valencià.

5. González Duro, Enrique (2017), Los psiquiatras de Franco. Los rojos no estaban locos, Barcelona, Península.

6. Huertas, Rafael, (2002). Organizar y persuadir. Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española (1875-1936), Madrid, Frenia.

7. Huertas, Rafael, (2003). Elaborando doctrina: teoría y retórica en la obra de José María Esquerdo (1842-1912), Madrid, Frenia, 3, 81-110.

¿Es posible construir una psicoterapia para la liberación? La propuesta de Antonio y Nicolás Caparrós (1976)

Miguel Huertas-Maestro
Universidad de Castilla-La Mancha
mhmaestro@gmail.com

Hasta los años sesenta del siglo XX, el psicoanálisis en España circuló de forma limitada. Si bien algunos de sus conceptos, debidamente adaptados, encontraron su lugar en ciertos ámbitos de la sociedad franquista (1), los círculos psicoanalíticos existentes en Madrid y Barcelona (2) ejercían su disciplina de forma discreta y sin confrontar con los usos psiquiátricos oficiales (3). Sin embargo, a partir de 1960 y fuera de los ámbitos de la oficialidad psicoanalítica, sectores sociales movilizados en contra del régimen franquista (1939-1978) comenzaron a mostrar un interés creciente en un psicoanálisis susceptible de ser empleado como herramienta de crítica social. Las publicaciones relacionadas tanto en ámbitos clínicos como en revistas culturales de izquierda dan cuenta de ello (4). Durante los setenta llegaron a España grupos de psicoanalistas de América del Sur, fundamentalmente argentinos; muchos de ellos estaban exiliados y proyectaban una imagen de compromiso político que sí conectaba con el clima social de oposición a la dictadura. Por ello, tuvieron un papel muy destacado en una mayor circulación de las ideas psicoanalíticas, lo que se plasmó en diferentes actividades, publicaciones, asociaciones y grupos de estudio (5).

Este fenómeno ocurre en un contexto de intentos de mejora de la asistencia en salud mental desde una perspectiva crítica, comunitaria, y buscando de una mayor horizontalidad tanto hacia los pacientes como entre los propios profesionales. En este proceso se producirían huelgas, encierros y actos de solidaridad contestados con duras medidas administrativas y policiales, como dan cuenta los procesos de lugares como el Hospital Psiquiátrico de Asturias, las Clínicas de Ibiza 43 en Madrid, el Hospital Psiquiátrico de Salt o el Sanatorio Psiquiátrico de Conxo durante las llamadas *luchas psiquiátricas del tardofranquismo* (6; 7; 8; 9).

Este trabajo se centra en los autores Antonio Caparrós García-Moreno y Antonio Caparrós Sánchez y, en especial, en su papel en la recepción y construcción de una psicología crítica de inspiración marxista en la España de los años setenta. El primero, psiquiatra español formado en Argentina, fue un referente de la psicología militante en el país latinoamericano y mantuvo una relación estrecha con Ernesto *Che* Guevara (10). Trató de adaptar la Psicología Concreta de Georges Politzer a las condiciones sociales locales y, aunque influido por el marxismo, se orientó hacia las posiciones del ala izquierda del movimiento peronista en una lógica

cercana a la liberación nacional. Su primo, Nicolás Caparrós Sánchez, fue un psiquiatra español que, en buena medida, fue responsable de la conexión entre el psicoanálisis marxista argentino y la psicología crítica española, además de un autor de importancia en el campo de la psicoterapia y el psicoanálisis vincular y relacional en España. Ambos trataron de construir una "psicología de la liberación" de inspiración marxista antes de que el psiquiatra y sacerdote Ignacio Martín-Baró popularizase el término. La propuesta de los Caparrós hace énfasis en la crítica a la colonización cultural dentro de la psicología y la sitúan en relación directa con procesos de liberación nacional. De esta forma, ambos entienden que la psicología, refinada y depurada, puede convertirse en una ciencia a favor del cambio social mediante el estudio de los mecanismos de control ideológico (11).

En ese sentido, su propuesta forma parte de una línea de pensamiento de la psicología crítica de la época, que se creía capaz de emplear su disciplina para realizar aportes valiosos a los procesos de revolución social.

Antonio y Nicolás Caparrós trataron de definir una "psicología de la liberación" que pudiera ser a la vez un instrumento científico preciso y una herramienta para el cambio social. Esta psicología, una ciencia humana y social de la revolución, tenía una fuerte inspiración marxista, pero también giraba en torno a ejes anticoloniales y de liberación nacional. Uno de sus objetivos principales fue aclarar las mediaciones e interacciones entre ideología e individualidad partiendo de la noción de la persona concreta como sociedad individualizada. (11)

Este trabajo intelectual debe entenderse como parte de un esfuerzo militante. Un esfuerzo similar llevó a Antonio Caparrós a fundar el Instituto de Psicología Concreta, inspirado por el pensamiento de Politzer, y a plantear la necesidad de una Psicología Nacional. Del mismo modo, Nicolás Caparrós había fundado Quipú en 1974 como grupo de psicoterapeutas de izquierda militante en el contexto del fin de la dictadura franquista. La revista de este grupo, *Clínica y Análisis Grupal*, contó con las aportaciones de otras figuras relevantes del psicoanálisis militante argentino como son Armando Bauleo, Eduardo Pavlovsky, Hernán Kesselman o Marie Langer (12). Como hemos visto, este grupo representaba una línea más internacionalista que la sostenida por Antonio Caparrós, más centrado en reivindicaciones nacionalistas. El hecho de que ambas posturas, con sus similitudes y diferencias, influyesen de forma importante a un sector concreto de la psicología dinámica es una prueba de la conexión existente entre el psicoanálisis, la psicología crítica y la militancia antifranquista en la España de finales de la dictadura (12).

Este sector recogió la influencia de la "psicología de la liberación" de los Caparrós y del psicoanálisis militante argentino, así como la perspectiva vincular de Enrique Pichón-Rivière que resignificaba el psicoanálisis como psicología social. Al calor de las movilizaciones sociales y oponiéndose tanto al biologicismo como al psicoanálisis ortodoxo, desarrollaron una perspectiva vincular dentro de la psicología dinámica. Posteriormente, esta línea se enriqueció con aportaciones de psicoanalistas con énfasis en lo social, pero también con otras de la psicología evolutiva, la teoría del apego, o la investigación en neuronas espejo

como correlato fisiológico al concepto de mente relacional (13). Esto, junto al cuestionamiento frontal de la neutralidad terapéutica freudiana y el énfasis en la importancia de la contratransferencia, formó las líneas de trabajo del Grupo de Investigación de la Técnica Analítica (GRITA), fundado por Alejandro Ávila en 1996. A través de diversos trabajos, congresos y publicaciones, y su contacto con corrientes relacionales e intersubjetivas del psicoanálisis norteamericano, se va consolidando una línea de investigación, elaboración teórica y praxis clínica. En 2005, la mayoría de este grupo se incorpora a la Asociación Internacional para la Psicoterapia y el Psicoanálisis Relacional (IARP), y un año más tarde, se forma también el Instituto de Psicoterapia Relacional (13).

AGRADECIMIENTOS Y FINANCIACIÓN

Este capítulo es parte del proyecto I+D+i PID2023-151059NB-I00, financiado por MICIU/AEI/10.13039/501100011033 y FEDER. “Una manera de hacer Europa”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lévy, Silvia (2019), Psicoanálisis y defensa social en España, 1923-1959, Madrid, Catarata.

2. Carles, Francisco; Muñoz, Isabel; Llor Moreno, Carmen; Marset, Pedro (2000), Psicoanálisis en España (1893-1968), Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría.

3. Druet, Anne-Cecile (2017), Psicoanálisis y transición democrática en España, História, Ciencias, Saúde – Manguinhos, 24(1), 63-78.

4. Druet, Anne-Cecile, (2012), Psychoanalysis in Franco’s Spain. En: Damousi, Joy y Plotkin, Mariano Ben, eds. Psychoanalysis and politics: histories of psychoanalysis under conditions of restricted political freedom, Oxford University Press, pp. 57-78.

5. Druet, Anne-Cecile (2012), The transatlantic element: psychoanalysis, exile, circulation of ideas and institutiona-litation between Spain and Argentina. Psychoanalysis and History, 14(2), 237-251.

6. Sáez Buenaventura, Carmen (1978). Conflictos psiquiátricos en la última década española. En: Bugallo, M, ed., Conflictos y luchas psiquiátricas en España, Barcelona, Dédalo, pp. 9-40

7. González de Chávez, Manuel (1980), La transformación de la asistencia psiquiátrica, Madrid, Mayoría.

8. Irisarri, Fabiola, (2017), Psiquiatría crítica en España en la década de los setenta, Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.

9. Huertas, Rafael (2019), Psychiatrists and mental health activism during the final phase of the Franco regime and the democratic transition, History of Psychiatry, 30(1), 77-89.

10. Huertas-Maestro, Miguel (2023), Ernesto Guevara y Antonio Caparrós: relaciones entre la psicología crítica y el conflicto interno del comunismo, Archivos de historia del movimiento obrero y la izquierda, 23, 153-175.

11. Caparrós García-Moreno, Antonio y Caparrós Sánchez, Nicolás (1976), Psicología de la liberación, Madrid, Fundamentos.

12. Grupo Quipú (1976), Editorial, Clínica y Análisis Grupal. 1(1):4-5.

13. Ávila-Espada, Alejandro, Aburto, Manuel, Rodríguez-Sutil, Carlos, Vivar, Pilar, Espinosa, Susana, García-Valdecasas Sonsoles. (2007). Construyendo una historia grupal del pensamiento relacional en España: Un relato de nuestra contratransferencia con el Psicoanálisis. Clínica e Investigación Relacional, 1(1), 128-149.

La construcción histórica del suicidio en España: definiciones entre la enfermedad moral y la enfermedad mental

Andy Eric Castillo Patton
Universidad Nacional de Educación a Distancia
acastillo732@alumno.uned.es

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, según estándares de la Organización Mundial de la Salud (1), el suicidio tiende a definirse de manera hegemónica como un problema de salud pública, normalmente radicado en diagnósticos de enfermedad mental. En España, siguiendo las recomendaciones internacionales, así como la evidencia proveniente de la práctica clínica, se tiende a reafirmar esta estrecha conexión entre conductas suicidas y trastornos mentales, sobre todo de tipo depresivo (2). Sin embargo, marcos y propuestas de intervención pública como el actual Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027 del Ministerio de Sanidad (3) ponen el foco en aspectos relativos a una visión amplia de la vulnerabilidad indicada, selectiva y universal, además de poner en valor cuál es la influencia de los determinantes sociales de la salud en la emergencia de conductas suicidas, sobre todo asociadas a situaciones y circunstancias de muerte.

Este contraste de visiones no sólo pone en consideración un debate en torno a un "cambio de la narrativa" al modo que propone la OMS-OPS (4), sino que explicita cómo el suicidio –comprendido mayoritariamente como problema de salud (mental)–, es un fenómeno sujeto a una alta modulación discursiva y, sobre todo, a una notoria disputa semántica. A este respecto, el presente trabajo muestra los resultados de una investigación doctoral (5) en torno a una genealogía y reconstrucción documental del concepto y significado(s) de "suicidio" en la tradición médico-psiquiátrica española de acuerdo con un marco analítico fundamentado en las obras de Michel Foucault (6) y Mijaíl Bajtín (7).

FUENTES Y METODOLOGÍA

La consideración del suicidio como problema de salud tiene su especial radicación en los debates modernos, concretamente ilustrados, que definen un punto de inflexión en el reconocimiento del suicidio como un problema ajeno a los dictámenes de la voluntad o a una condición estrictamente criminal y/o pecaminosa (8,9,10). A este respecto, diferentes investigaciones fundamentadas en los conjuntos crítico y genealógico de Foucault interpelan a la necesidad de desarrollar una "obligada ontología de la patología" (11, p.4) en la que se

escudriñen los procesos por los cuales el suicidio se ha ido definiendo como un problema de salud y, sobre todo, un fenómeno vinculado a la psicopatología (11).

En consonancia con esta perspectiva, la presente investigación toma como principal objetivo examinar la trayectoria y contenido de las formas por las cuales se ha ido definiendo el suicidio en España como un problema de índole psíquico entre los siglos XIX y XX, continuando y profundizando en la labor de trabajos previos en esta dirección (12,13). Para ello, se propone un análisis documental de tipo dialógico (7) que pone en relación diversas fuentes secundarias pertenecientes al ámbito español, en concreto manuales de médicos y psiquiatras de reconocido prestigio en sus respectivas épocas (Monlau, Mata y Fontanet, Giné y Partagás, Galcerán, Vallejo-Nájera Lobón, Lóper Ibor, etc.).

RESULTADOS

La primera observación de interés de este estudio explicita que el proceso de psicopatologización y psiquiatrización del suicidio en España no se trata de una construcción lineal, sino que se adscribe a un debate pendular en espiral progresiva. Si bien los enunciados médicos de origen se encuentran particularmente influidos por enfoques teológicos al modo que enunció Juan Caramuel a finales del siglo XVII, entre el primer y el segundo tercio del siglo XIX se hibridan y matizan las reflexiones y diagnósticos definitorios de la conducta suicida en España, a medio camino entre la individualización y un “mal de época” (9).

Así, por una parte, la influencia de la psiquiatría francesa de Pinel y Esquirol o la “medicina de las pasiones” de Descuret, encuentran su temprana traducción y adaptación en los manuales de médicos higienistas como Monlau y Mata y Fontanet. Ambos autores, si bien con sus respectivos matices ideológicos y epistemológicos, dan cuenta de la visión de que el suicidio es, ante todo, una “enfermedad moral” vinculada a los desórdenes modernos. Esto implica que la conducta y acto de darse muerte tienen que ver, ante todo, con una desregulación de las pasiones, a pesar del fundamento orgánico de la “enajenación mental”. En este sentido, aunque se reconozca una “naturaleza” suicida radicada en predisposiciones frenológicas o neuroanatómicas, los diagnósticos de mediados y finales del siglo XIX se inscriben en lecturas moralizantes en las que se identifica la pérdida de espiritualidad religiosa como una afección creciente, así como la perniciosa influencia de tumultos y desórdenes de tipo social y político en la “excitación nerviosa” (10,12).

Si bien estas interpretaciones no dejan de inscribirse en una determinada visión y debate de época, lo relevante es apreciar cómo esa lectura moral mantiene su presencia en abordajes más organicistas como de los médicos Giné y Partagás o Galcerán o los psiquiatras Rodríguez Lafora, Vallejo-Nájera Lobón o Lóper Ibor, inscritos en la tradición biologicista de la psiquiatría alemana de Bleuler o Kraepelin. Un par de ejemplos serían cómo Giné y Partagás, en *Tratado teórico-práctico de frenopatología* (1876), insiste en definir una serie de “patologías de la voluntad” vinculadas al suicidio; o cómo, más posteriormente, Rodríguez Lafora, en *Higiene mental* (1932), estima que si bien el suicidio es predominantemente

una condición genético-hereditaria, se puede explicar a partir de obsesiones y debilidades adaptativas radicadas en una falta de higiene mental. Asimismo, tal y como expresa López-Ibor en *Las neurosis como enfermedades del ánimo* (1966), el problema del suicidio, a pesar de su nítido carácter neuroorgánico, no deja de referirse a un tipo de "enfermedad del ánimo" ante la falta de un creciente (auto)disciplinamiento moral.

Con todo, lo relevante de este análisis es que, a diferencia de trabajos previos (12,13), se advierte que esta aparente continuidad enunciativa en los modos de problematizar y nombrar el suicidio por la psiquiatría y la medicina mental en España muestra, más bien, una discontinuidad dialógica y, sobre todo, epistemológica.

Esta afirmación se fundamenta en que, si bien por una parte persisten visiones relativas a una comprensión decimonónica –y de inspiración religiosa– de la relación entre higiene mental y la "enfermedad moral" del suicidio, autores y textos posteriores dan cuenta de nuevas versiones en torno a la relación entre voluntad y enfermedad mental, así como a la concepción de "individuo" o "personalidad". En este sentido, aunque se dé una nítida genealogía de la patologización mental y la individualización del suicidio en España –siguiendo, además, corrientes y tendencias inscritas en dinámicas internacionales de su psiquiatrización–, lo relevante es cómo el diálogo entre textos y autores españoles tiende a reforzar una comprensión discursiva del fenómeno a pesar de los intentos de explicarlo en base a la evidencia empírica derivada de la práctica clínica. De ahí paradójicas lecturas más contemporáneas que autores como Vallejo-Nágera Botas o Enrique Rojas ponen de manifiesto en la elaboración de una estrategia terapéutica radicada en una intervención de la voluntad a pesar del reconocimiento de la influencia de la enfermedad mental –particularmente la depresión– en el suicidio.

CONCLUSIONES

La principal conclusión de este trabajo de investigación apunta a resaltar cómo el proceso de psiquiatrización del suicidio en España viene acompañado de una rearticulación de las lecturas morales de cada época y autor, siguiendo una dinámica de debate en espiral pendular entre posicionamientos. Esto da cuenta de cómo los procesos de problematización actuales comparten lógicas similares a los debates finiseculares, a pesar de la distancia histórica y epistemológica en los modos de definición tanto del suicidio como de la salud mental.

A este respecto, este trabajo, además de aportar más detalle a la investigación histórica del suicidio, da cuenta de cómo se explicitan sesgos subjetivos revestidos de objetividad en los modos de enunciación y conceptualización de la conducta suicida. En este sentido, y siguiendo las reflexiones de Foucault y Marsh (11), moral y ciencia se enhebran para (re)configurar una visión en torno a la muerte autoinfligida que excede los límites de la práctica clínica al (re)moldear unos determinados imaginarios sociales en los que operan indiscutibles elementos ideológicos que ponen en tensión la consideración tanto actual cómo histórica de la voluntad y responsabilidad individual del suicidio.

Esto, en definitiva, hace del suicidio un fenómeno cuyos límites definitorios responden a categorizaciones semánticamente porosas al encontrarse adheridas a una dinámica en la que se alternan evidencia empírica y juicios de valor autorizados. En consecuencia, a pesar de la hegemonía discursiva de la enfermedad mental, el suicidio en España sigue leyéndose implícitamente en términos morales, no exentos de una determinada comprensión ideológica y política de las circunstancias que dan lugar a este tipo de muerte autoinfligida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (2014), Prevención del suicidio: un imperativo global, Ginebra, WHO Press.

2. Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (2020), Depresión y Suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental, Madrid, FEPSM.

3. Ministerio de Sanidad (2025), Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027, Madrid, Ministerio de Sanidad.

4. Organización Panamericana de la Salud (2024), Día Mundial para la Prevención del Suicidio: OPS llama a cambiar la narrativa estigmatizante y fomentar una cultura de apoyo. https://www.paho.org/es/noticias/9-9-2024-dia-mundial-para-prevencion-suicidio-ops-llama-cambiar-narrativa-estigmatizante

5. Castillo Patton, Andy Eric (2024), Sobre el concepto y el gobierno del suicidio: un análisis sociológico de los discursos instituidos e instituyentes, Tesis Doctoral, Madrid, Universidad Complutense de Madrid.

6. Foucault, Michel (1976/2016). Historia de la sexualidad. La voluntad de saber. Buenos Aires, Siglo XXI.

7. Bajtín, Mijaíl (1979/1999), Estética de la creación verbal, Buenos Aires, Siglo XXI.

8. Crocker, Lester G. (1952), The Discussion of Suicide in the Eighteenth Century, Journal of the History of Ideas, 13(1), 47-72.

9. Andrés, Ramón (2003/2015), Semper dolens. Historia del suicidio en Occidente, Barcelona, Acantilado.

10. Cuevas Cervera, Francisco (2006), Una revisión de las ideas en torno al suicidio en el tránsito de la Ilustración al Romanticismo, Cuadernos de Ilustración y Romanticismo, 14, 11-41.

11. Marsh, Ian (2010), Foucault, History and Truth, Cambridge, Cambridge University Press.

12. Plumed Domingo, José Javier; Rojo Moreno, Luis (2012). La medicalización del suicidio en la España del siglo XIX: Aspectos teóricos, profesionales y culturales. Asclepio, 64(1), 147-166.

13. Serrano Martínez, Sara (2019), Concepciones médicas y psicológicas del suicidio en España (1926-1936), Actes D'Història de la Ciència i de la Tècnica Nova Època, 12-13,189-205.



Sociedad Española de Historia de la Medicina