

CAPÍTULO 1

EL CUIDADO DE LAS HERIDAS Y LA CIRUGÍA MENOR EN LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

Introducción y justificación

Cuidados y atención de las heridas y otros traumatismos en las culturas primitivas: cuestión de supervivencia

Edad Media: aparición de la figura del barbero sangrador

Ejercicio del barbero sangrador en las ciudades

Relación de los barberos sangradores con la enfermería hospitalaria

Renacimiento: afianzamiento y normatización del barbero sangrador en el hospital y en la sociedad. Repercusiones del reformismo luterano

Los barberos y el Hospital de Juan de Dios de la ciudad de Granada

Los barberos y la Orden de los Obregones

Los barberos en otros hospitales

Atención de enfermería fuera del hospital

Reformismo luterano: influencia en la enfermería

Siglo XVIII: la Ilustración

Siglo XIX: inicio de la unificación de las profesiones de enfermería y aparición de la figura del practicante

Siglo XX: continúan las luces y las sombras sobre la enfermería

Conclusiones

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La aplicación de «técnicas» y, más concretamente, de las denominadas técnicas de cirugía menor ha sido una actividad que ocupó y ocupa, en nuestro entorno, una parte de cierta importancia de la actividad de enfermería, a través de la historia y en la actualidad. Sin duda, no es el eje de la moderna enfermería, ni tiene el peso que en la identidad profesional pudo haber tenido en otras épocas. Sin embargo, ignorar esta realidad e incluso llegar a avergonzarse de ella por encuadrarla dentro del papel de colaboración con otras profesiones, al igual que otras muchas actividades, no parece que se corresponda con la herencia histórica ni con el espacio que ocupa actualmente en la práctica diaria de muchos profesionales de la enfermería. Pretender contraponer de forma dicotómica el paradigma de cuidar frente al de curar o contribuir a la curación no parece la postura más realista ni fértil.

El presente capítulo pretende dar unas pinceladas sobre quién, cómo y en qué contexto se ha dado, a lo largo

de la historia y por parte de las profesiones precursoras de la actual enfermería, atención a las heridas y a otras lesiones y afecciones, sobre las que se aplicaron las técnicas que hoy se conocen como de cirugía menor.

No se pretende, por lo tanto, una revisión exhaustiva de la historia de la enfermería, ni tan siquiera del tema concreto que nos ocupa; no se intenta recoger «toda la realidad» ni «en todos los momentos históricos», pues además de sobrepasar la intencionalidad de la obra y, con toda seguridad, la capacidad de estos autores, es probable que fuese excesivamente prolijo y, quizá, «los árboles nos impidiesen ver el bosque».

Sin embargo, no hemos querido que el presente libro por «práctico» dejase de considerarse, aunque de forma humilde, el ya largo recorrido histórico de esta actividad de enfermería. Además, queremos brindar un guiño de agradecimiento y desagravio a todas aquellas enfermeras y otros profesionales de la salud que se dedicaron a investigar la historia de la enfermería y de la ciencia en general y que por ello tuvieron que soportar, como D. Pedro Laín

Entralgo, el título de «profesores de lo inútil»¹. No creemos que la reflexión y el análisis histórico sean fútiles, pues conocer y analizar el pasado nos acerca al entendimiento del hecho presente y aporta luz para la argumentación de líneas de futuro.

Dice el Profesor Siles: «Si todo ser humano y toda sociedad lo son en primer lugar porque tienen historia, las enfermeras y enfermeros no constituyen ninguna excepción y en cada etapa histórica pasada, presente o futura, fueron, son y serán lo que históricamente sean capaces de demostrar»². También Paloma Moral dice: «No hay herramienta más poderosa que la Historia para la legitimación ideológica del presente»³.

Para la elaboración de este capítulo se acudió a fuentes secundarias y se ha tratado de compendiar y relacionar lo que otros autores, verdaderos investigadores de la historia de la ciencia y de la profesión de enfermería, han escrito en diversos medios. Así pues, no se ha escrito pensando en los cultivadores de la historia de la enfermería, sino en los estudiantes y profesionales que pretendan conocer la evolución de la enfermería y la cirugía menor en algunas épocas pasadas, y entender la actual situación a la luz de los antecedentes históricos.

Se trata de proporcionar un significado histórico a una actividad ciertamente técnica que fue y sigue siendo una parte, no el todo, pero una parte importante e integrada en la actividad profesional y en las bases científicas de la enfermería, al menos en España, complementando y no contraponiéndose a lo que de forma definida ha venido llamándose cuidados de enfermería. La relación que en estos momentos mantienen en nuestro entorno la enfermería, entendida como disciplina, y la cirugía menor, como grupo de técnicas que es, no ha surgido de la nada ni se trata de una moda caprichosa y actual, sino que tiene unas largas raíces históricas que trataremos de ir detallando.

Para aproximarnos históricamente al asunto que nos compete debemos tener en cuenta la imposibilidad de utilizar una definición absoluta y atemporal de la cirugía menor; tampoco podría hacerse de la enfermería, ni tan siquiera de la propia ciencia, conceptos, todos ellos, que fueron evolucionando conforme evolucionaba la sociedad, incluidas las relaciones de poder social e interprofesional, y se incrementaba el conocimiento del universo en el que el ser humano se encontraba inmerso. Será baldío tratar de comprender cada época pasada aplicando los esquemas y estereotipos contemporáneos.

Es importante señalar el distinto papel desempeñado por las diversas concepciones de la enfermedad y del enfermar, así como el valor otorgado en cada caso a los «elementos del cuidado» y a la realidad del «curar», desde diversas perspectivas⁴.

En cada momento histórico ha habido diversos grupos que han intentado dar respuesta a las incógnitas relacionadas con los procesos vitales y, en concreto, con el proceso de salud-enfermedad. En ocasiones, pero no siempre, algunos de estos grupos también trataron de dar solución a los sufrimientos humanos, entendiéndolos en un principio como sufrimientos genéricos en el más amplio sentido (las sequías, la muerte, el dolor, las tormentas) y especializándose posteriormente en el sufrimiento relacio-

nado con la salud. Estos grupos han perseguido un estatus social y se han ido asociando con el fin de defender sus intereses, de controlar el ejercicio de su actividad profesional, de transmitir e incrementar sus conocimientos y, consecuentemente, de aumentar también su aportación o capacidad resolutoria.

CUIDADOS Y ATENCIÓN DE LAS HERIDAS Y OTROS TRAUMATISMOS EN LAS CULTURAS PRIMITIVAS: CUESTIÓN DE SUPERVIVENCIA

En este primer apartado no se encuentran definidas, ni por aproximación, las profesiones tal como hoy las entendemos, e incluso podría ser pretencioso encontrar sus raíces, pero de lo que se está seguro es que ya entonces había necesidades de cuidados y, por lo tanto, de alguien, sin duda de sexo femenino, que cuidara. Entendiendo por cuidar un conjunto de actos, inicialmente ubicados en el ámbito doméstico y tribal, cuya finalidad era conservar la vida de los seres en vistas a reproducirse y perpetuar el grupo⁵.

Una de las mayores preocupaciones del hombre primitivo, junto con la satisfacción de las necesidades básicas de supervivencia, era combatir las enfermedades y las agresiones externas, muy abundantes por su forma de vida, que atentaban su bienestar y, en definitiva, su perpetuación como grupo y especie.

Desde el principio de los tiempos, el ser humano ha intentado encontrar explicación a todas las cuestiones que para él eran desconocidas, especialmente a las que le infligían sufrimiento. Por una parte, buscó explicaciones desde el pensamiento mágico, creyó en seres sobrenaturales conceptuados primero como elementos de la propia naturaleza provistos de alma (animismo) y, posteriormente, como dioses; por otra parte, mediante la observación y aplicando el raciocinio o incipiente método científico fue analizando y sacando conclusiones de los sucesos que se repetían en la naturaleza⁶ y las consecuencias que se provocaban al aplicar unas actuaciones u otras, tanto sobre la tierra como sobre los animales o en individuos de su misma especie.

La especie humana tiene en sus principios ciertas características destacables. Es un ser inmerso en un entorno hostil con escasos recursos, es físicamente débil, tiene gran cantidad de posibles depredadores, un ser que en su afán expansivo abandona la protección que le habían ofrecido hasta entonces los árboles. Todo ello es una potencial fuente de lesiones, ¡que alguien debe tratar de reparar! Es muy probable que la contención de la hemorragia, la oclusión de los tejidos internos expuestos al exterior a través de las heridas, su limpieza y la inmovilización de fracturas¹ fuesen las primeras intervenciones «sanitarias» con resultados positivos. Por otra parte, es una especie que, como consecuencia de haber adoptado la postura erguida, va a parir crías de poco peso y desarrollo⁷, que precisarán de largos períodos de crianza (base de la culturización de la especie), con gran necesidad de cuidados ¡que alguien va a tener que proveer! Estos cuidados van más allá de lo instintivo, se incorporan a la cultura y,

por lo tanto, son fruto de un aprendizaje y distintos en cada contexto. Del nivel de éxito de dichos cuidados va a depender la continuidad o no de las sociedades tribales².

Por consiguiente, y según demuestran la antropología comparada y la arqueología, las cuidadoras tenían capital importancia, pues eran las encargadas de proveer de la mayor parte de los nutrientes (bayas, raíces, frutas) y de cuidar a lo niños, enfermos, heridos y ancianos.

En la orientación general de la actividad terapéutica se distinguen dos líneas principales, en principio totalmente independientes, aunque más tarde irán confluyendo¹. La primera que aparece es el empirismo, que se utiliza en las afecciones sencillas o en aquellas en las que causa y efecto están claramente identificados. A esta línea pertenecen la extracción de proyectiles, la reducción de fracturas y luxaciones, la coaptación de los bordes en las heridas (se llegó a efectuar mediante las mandíbulas de hormigas gigantes), etc. Estas intervenciones comienzan a ser efectivas desde muy pronto, y entre ellas pueden citarse las inmovilizaciones con vendajes y férulas, las curas, limpiezas, cauterizaciones, etcétera.

La segunda línea terapéutica que aparece es la derivada del pensamiento mágico-religioso, que intentaba explicar y dar solución a fenómenos y procesos patológicos más complejos y que obviamente obtuvo, en un principio, peores resultados. Entre las prácticas incluidas en esta línea cabe citar los rituales, la oración, el ensalmo, las ofrendas y los sacrificios.

De estas dos orientaciones derivan dos de los protoprofesionales sanitarios. El empirismo lo utilizaban las sanadoras o curanderas, básicamente mujeres en un principio, cuyos conocimientos eran transmitidos de generación en generación o aprendido de otras coetáneas más expertas. El pensamiento mágico era ejercido inicialmente por las brujas y hechiceras que se dedicaban a ello de forma exclusiva, cuyos conocimientos y poderes no eran aprendidos, sino que eran directamente transmitidos por las divinidades. Esto les daba un poder y una consideración social superior a la de los restantes miembros de la tribu, en el intento de satisfacer a quienes actuaban como intermediarios con los dioses.

Posteriormente se produjeron complejos procesos de empoderamiento que llevaron al hombre a adquirir hegemonía social sobre la mujer. En estos procesos se incluyó la monopolización por parte del varón del pensamiento mágico.

Entre los más antiguos papiros encontrados en Egipto en relación con el tema que nos ocupa, cabe destacar el de Hearts (1550 a.C.), que contiene una sección detallada sobre el postramiento de las fracturas y sus consecuentes cuidados, así como sobre los cuidados de las quemaduras, y el de Edwin Smith (1500 a.C.), en el que se incluía un libro sobre heridas, técnicas de vendajes, reducción, entablillamiento y suturas (fig. 1-1)¹⁴.

Los protoenfermeros en las culturas clásicas (Egipto, Grecia, Roma) aseguraban la continuidad de la vida ayudando, a través de sus prácticas de cuidados, a la supervivencia y a enfrentarse a la enfermedad y a la muerte. Se ubican en contextos de escasa valoración social y cultural, siendo en general mujeres, con la consideración social que



FIGURA 1-1. Papiro de Smith.

éstas tenían en la época, o incluso esclavos¹⁵, y en muchas ocasiones se sumaban ambas condiciones, mujer y esclava. De las tareas de curación, tanto médicas como quirúrgicas, se ocuparían miembros masculinos de la sociedad, quedando así establecida la hegemonía del sexo masculino (figs. 1-2 y 1-3).

EDAD MEDIA: APARICIÓN DE LA FIGURA DEL BARBERO SANGRADOR

La Edad Media se inicia con la caída del Imperio Romano y finaliza de forma gradual con la llegada del Renacimiento. Enmarcada entre los siglos v y xv, clásicamente se diferencian dos fases, la Alta Edad Media (siglos v a x) y la Baja Edad Media (siglos xi a xv). Podría decirse



FIGURA 1-2. Aquiles vendando a Patroclo (50 a.C.).

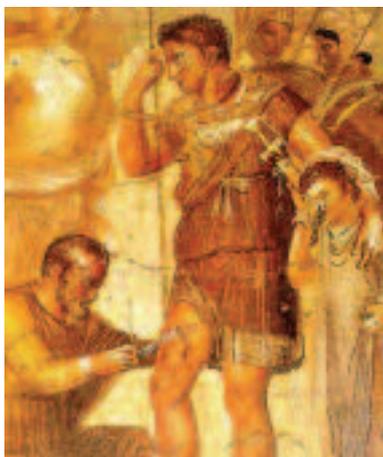


FIGURA 1-3. Curando la herida de un soldado (fresco de Pompeya, siglo I).

que es una época oscura en la que, a pesar de ir desapareciendo la esclavitud, en parte por la expansión que alcanza el cristianismo, las personas y las comunidades siguen viéndose absolutamente subyugadas en una relación siervo/feudal.

Desde el punto de vista demográfico, se produjo un fuerte descenso poblacional a causa de las guerras, hambrunas y epidemias, estas últimas debido a las condiciones de vida de la época. Entre los estratos sociales bajos y medios era muy difícil cubrir las necesidades básicas de alimentación, de higiene, etc. El crecimiento desordenado de las ciudades a donde acudía, a buscar mejoras de vida, la gente que en el campo se sentía insegura o no era capaz de sobrevivir, propició condiciones de hacinamiento e insalubridad que también potenciaron las epidemias. Asimismo, el desplazamiento de peregrinos y de grandes ejércitos por guerras y cruzadas contribuyó a propagar estas enfermedades.

Reponer la población mermada y contrarrestar la alta mortalidad perinatal e infantil fue una de las prioridades de la época, en especial de los señores propietarios de las tierras, con el objetivo de que no disminuyera la mano de obra. Por lo tanto, además de dirigir las funciones de la mujer hacia la reproducción, lo cual no las eximía del trabajo, la sociedad comenzó a valorar el trabajo de las matronas o parteras.

EJERCICIO DEL BARBERO SANGRADOR EN LAS CIUDADES

En la Edad Media aparecen por primera vez las figuras del barbero sangrador y del maestro sangrador, cuyo ejercicio en la sociedad tenía autonomía de competencias y funciones establecidas.

El barbero cuidaba la higiene de sus clientes, lavándoles la cabeza y cortándoles el pelo y la barba, lo cual tenía efectos positivos para la salud. Además, realizaba curas, colocaba emplastos y practicaba sangrías, entre otras técnicas al uso en la época (fig. 1-4). El maestro sangrador supervisaba el trabajo del barbero y, además, aplicaba ventosas,



FIGURA 1-4. Barbero sangrador realizando una sangría.

daba masajes y reducía fracturas y luxaciones, entre otras técnicas consideradas más especializadas². Otras profesiones más o menos relacionadas con la salud que existieron pero que no tuvieron continuidad en el tiempo fueron: bizmadotes, algebristas, batidores de cataratas, ensalmadores, drogueros, físicos, especieros y boticarios.

El taller de los barberos sangradores solía estar, al igual que en otros gremios, en los bajos de la casa, en cuyo primer piso habitaba la familia e incluso en muchas ocasiones también los aprendices. El taller solía tener las puertas abiertas, con bancos y mesas dispuestas alrededor de la entrada a modo de vestíbulo y sala de espera. Los barberos con menos recursos económicos, que no podían instalar una consulta o taller, se dedicaban a recorrer las calles con su instrumental a cuestas, ofreciendo sus servicios².

Los servicios de estos profesionales eran requeridos por siervos de cualquier condición, pero especialmente artesanos y campesinos que acudían a los locales del barbero sangrador y que podían pagar sus servicios, pero no los del médico ni del cirujano latino. Asimismo, eran requeridos por aristócratas a quienes atendían en sus palacios, en muchas ocasiones por indicación de los médicos de cámara. También ejercían sus funciones, como consultores externos y generalmente a tiempo parcial, en los hospitales, institución ésta a la que acudían los enfermos de estrato social más bajo que no tenían posibilidades de costearse los cuidados y remedios a sus dolencias.

En las ciudades donde existían cirujanos barberos, las comadronas tenían la obligación de llamarlos ante cualquier dificultad que surgiese en el parto; su tarea consistía en extraer al niño si había muerto, generalmente en pedazos mediante ganchos y otros instrumentos quirúrgicos, y si era la madre la fallecida, hacer cesárea *post mortem* para intentar salvar la vida del hijo².

De esta manera, el barbero sangrador se constituiría, como luego veremos con respecto a las matronas y las enfermeras hospitalarias, en un recurso técnico más especializado.

En la Baja Edad Media, debido a la expansión de las ciudades, donde se desarrollaba una gran actividad de comercio y artesanía, surgieron los gremios, que regula-

ban el aprendizaje y realizaban el control de los oficios garantizando la calidad de los productos o servicios ofrecidos, y ejercían asimismo la defensa de sus intereses colectivos. Los gremios tenían cofradías o hermandades de carácter religioso que actuaban, mediante cuotas de los cofrades, como cajas de socorro social y protección para los miembros e incluso para sus familias cuando las cosas no les iban bien, como en situaciones de enfermedad, ruina, invalidez o muerte. Las cofradías llegaban a tener sus propios hospitales.

Durante el siglo XIII se estableció como un gremio más el de los barberos sangradores. Los enfermeros hospitalarios no llegaron a constituirse en gremio al no materializarse como grupo laboral, lo cual fue un gran lastre tanto para su desarrollo como para su reconocimiento social⁸. La situación gremial facilitó una estructuración de los conocimientos propios de la disciplina, que le permitió incluso entrar en el ámbito de la universidad durante el siglo XIV, a diferencia de lo que ocurrió con los cuidadores enfermeros, cuyo sentido exclusivamente caritativo, dimensión religioso-espiritual y, por lo tanto, no profesional, bloqueó la sistematización de los conocimientos disciplinares e impidió la transmisión regular de sus conocimientos hasta mucho tiempo después⁴.

En el siglo XVI, en su esfuerzo por ordenar la vida nacional, los Reyes Católicos crearon la institución del Protomedicato y del Protocirujano para controlar oficialmente a médicos y cirujanos latinos, como eran conocidos los cirujanos de mayor nivel que estudiaban en latín. Para la regulación oficial de las figuras de barbero, sangrador, cirujano menor o cirujano romancista que, al igual que los anteriores, tampoco estaban bajo las normas de las órdenes religiosas, se creó en el siglo XV y, posteriormente, en el año 1500 se reguló por la Pragmática de los Reyes Católicos, la institución del Protobarberato, compuesta por los denominados barberos mayores e independiente, inicialmente, de las dos instituciones antes citadas. Entre sus funciones estaba la de examinar y acreditar a estos profesionales y, en algunos casos y épocas, también a las matronas.

«...no consientan, ni den lugar, que ningún barbero, ni otra persona alguna pueda poner tienda para sajar, ni sangrar, ni echar sanguijuelas, ni ventosas, ni sacar dientes ni muelas, sin ser examinado primero por los dichos nuestros barberos Mayores personalmente...» de la Pragmática de los Reyes Católicos⁹.

Con respecto a las relaciones de los barberos sangradores con los médicos, el Tribunal del Protomedicato, máximo órgano médico en el reino, dicta que «ningún cirujano romancista ni sangrador en los lugares donde hubiere médico, pueda por sí hacer a los enfermos que asistiere, evacuaciones, sangrías, ni recetar purgas ni otros medicamentos». Nos encontramos aquí algo que va a repetirse reiteradamente a lo largo de los siglos venideros: un órgano ajeno a la enfermería trata –y en buena medida consigue!– de regular responsabilidades, funciones o tareas desempeñadas en este caso por los cirujanos romancistas y los sangradores.

Éste es un proceso que probablemente nada tuvo que ver con garantizar la efectividad de las actuaciones, habida cuenta de que, a esas alturas de la historia, ninguna profe-

sión sanitaria tenía demasiada fortuna a la hora de resolver problemas de salud de sus pacientes. Tampoco tuvo mucho que ver con procesos de demanda social de calidad y eficacia, puesto que la sociedad civil en aquel entonces no tenía voz colectiva y mucho menos reivindicativa, y además estos sangradores eran prácticamente los únicos recursos sanitarios a los que las clases populares podían acceder.

Estos procesos de supremacía de unas profesiones sobre otras tuvieron más que ver con las relaciones de las profesiones sanitarias con el poder establecido, estando mejor posicionados, en este sentido, los médicos, que eran quienes atendían a la corte, que las precursoras de las actuales enfermeras, que en aquel momento atendían a clases menos influyentes.

Como consecuencia de su consideración social, no se han encontrado muchas referencias a privilegios de la profesión, pero en la Real Declaración de Milicias dictada por Carlos III en 1767, se señala en su artículo 17 la exención de hacer el servicio militar a «un sangrador aprobado con el título correspondiente, en pueblo donde por la corta vecindad y pobreza no haya cirujanos, pero en los demás no será exento el Sangrador y en ninguno los Barberos y mancebos, aunque lo sean de Cirujano aprobado»⁹.

RELACIÓN DE LOS BARBEROS SANGRADORES CON LA ENFERMERÍA HOSPITALARIA

Debido a la expansión del cristianismo y a que muchas personas buscaban resguardo, sustento y atención de sus necesidades básicas, creció el movimiento monacal como desarrollo de la vida eremita. En los monasterios se afianzó la institucionalización de los cuidados de enfermería impartidos, en general, a enfermos de clases bajas. La religión postulaba la extensión de la caridad a los enfermos, a pesar de que la enfermedad se consideraba un castigo de la divinidad y una forma de redimirse mediante el sufrimiento y que en aquellos momentos los enfermos de clases bajas gozaban de un estatus de parias similar al de los marginados o delincuentes (fig. 1-5).

En España, la primera institución donde está documentada la existencia de personas dedicadas a administrar



FIGURA 1-5. Vidriera que muestra la atención caritativa de los católicos a los enfermos.

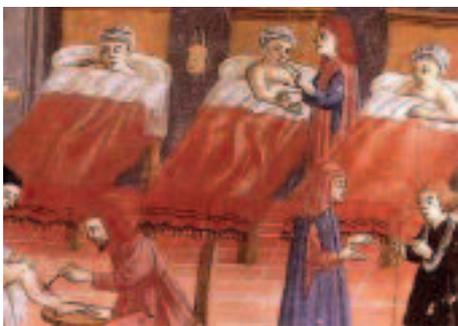


FIGURA 1-6. Administración de cuidados y cura de heridas en un hospital (siglo xv).

cuidados es el Hospital de Mérida fundado por el Obispo Masona en el año 580. En la Casa dels Malats, fundada en Barcelona en 1117 por el Obispo Guillem Tarroja, ya se cita la práctica de sangrías y la limpieza de llagas. Entre el personal que atiende estos primitivos hospitales, además de sacerdotes, religiosas y hospitaleros, aparecen médicos, cirujanos y ministros, entre otros, y es en el Hospital de San Sebastián, en Córdoba, fundado por el Rey Fernando en 1236, donde se cita por primera vez la presencia de barberos como profesionales ligados a los hospitales (fig. 1-6).

En los hospitales se administraban cuidados básicos y en alguno también cuidados terapéuticos, como medicaciones, alimentos a los que se les suponían propiedades curativas o cura de heridas, en general indicados por los médicos u otros profesionales consultores como eran los barberos¹⁰.

En Cataluña, a finales del siglo xiv era muy utilizado un tratado de divulgación médico de Juan XXI, *El tresor de pobres*, traducido al catalán, que estaba al alcance de médicos y otros profesionales, en el que se citan variados remedios para múltiples males, entre ellos, lipomas y también heridas¹¹.

RENACIMIENTO: AFIANZAMIENTO Y NORMATIZACIÓN DEL BARBERO SANGRADOR EN EL HOSPITAL Y EN LA SOCIEDAD. REPERCUSIONES DEL REFORMISMO LUTERANO

Originado en Italia en el siglo xiv, el Renacimiento se extiende por Europa hasta alcanzar su apogeo en el siglo xvi. Es la época que marca el paso del mundo medieval al mundo moderno, cuando se rompe con el oscurantismo de la Edad Media y se va más allá de los estilos artísticos, calando profundamente en los conceptos de sociedad e individuo.

En este tiempo se desarrolla una auténtica revolución que recupera y se acerca a las culturas grecorromanas clásicas, busca el conocimiento del universo y de la naturaleza, aplica la razón en todos los campos del saber, lo que produjo grandes avances en el mundo de las ciencias, y recupera los valores de la dignidad humana: libertad individual de espíritu y pensamiento, autonomía moral, etc. (fig. 1-7).

Con la teoría política de Maquiavelo, en la que propone la separación del Estado y de la Iglesia, se inicia la secularización de la vida política. La pérdida de poder de la Iglesia conducirá a la Reforma Protestante en el siglo xvi.

En esta época de gran florecimiento artístico, humanista y científico, con Bramante, arquitecto del Vaticano,



FIGURA 1-7. Curación de heridas (miniaturas del siglo xiv).

Miguel Ángel, Vesalio, el gran humanista Leonardo da Vinci, y en España, Lebrija, Garcilaso, Luis Mercado, Luis Vives, entre otros, cabe destacar entre tanto erudito a Ambrosio Paré, quien empezó como aprendiz de barbero sangrador en París y llegó a trabajar en los más prestigiosos hospitales de la época y como cirujano del ejército francés. Revolucionó las técnicas quirúrgicas, las ortopédicas y las de asistencia al parto, en el que defendía la asistencia de la matrona a todos los partos que se desarrollasen sin complicaciones. Ambrosio Paré también es pionero en la aplicación de enfriamiento o congelación en la zona operatoria como anestesia local.

Gutenberg, en esta época, con su invento de la imprenta permitió la difusión del conocimiento. Las técnicas de cirugía menor llegaron a más profesionales de forma estandarizada a través de manuales, dejando de estar sometidas a la variabilidad propiciada por la enseñanza oral o a través de los muy escasos manuscritos existentes.

En esta época histórica, los hospitales comenzaron a dejar de depender sólo de la Iglesia. Con el auge de las ciudades empezaron a aparecer los hospitales auspiciados por reyes, nobles e incluso por la burguesía, en cuyos casos también dejaron su gobierno en manos de órdenes religiosas. Los pequeños y medianos hospitales, por problemas financieros, se vieron obligados a reunificarse en grandes instalaciones financiadas por los niveles más altos

de la jerarquía eclesiástica o por personas de clases pudientes.

LOS BARBEROS Y EL HOSPITAL DE JUAN DE DIOS DE LA CIUDAD DE GRANADA

En este tiempo se crea el paradigmático Hospital de Juan de Dios de la ciudad de Granada, cuyo fundador muere en 1550 (fig. 1-8).

Tras un período de reflexión, maduración y asentamiento, se redacta *La norma, la regla y constituciones para el Hospital*, que fue publicada con pie de imprenta en la casa de Hugo Mena, el año 1585.

Cuando se establece el organigrama del hospital, se cita la profesión de barbero:

«Demás de esto habrá un Hermano Mayor, y veintitrés Hermanos Profesos y de capote, una mujer que sea Madre y Prefecta de las salas de las mujeres enfermas, un Enfermero Mayor y otros Menores en cada sala, un Refitolero, un Botiller, un Despenser, un Roper, un Cocinero, un Sacristán, Médico, Cirujano, Barbero, tres Porteros, un Mayordomo; de los cuales y de cómo han de administrar sus oficios se tratará en los títulos siguientes por sus capítulos»¹².

Dentro del capítulo «Del médico, cirujano y barbero» se regula la relación del hospital con estos tres profesionales, siendo los dos primeros ajenos a él y pudiendo ser el tercero tanto externo como interno del hospital.

Llama la atención el cuidado que se pone en que los enfermos reciban la atención que precisan y en ese sentido se refleja el compromiso que estos profesionales tienen de no faltar a la visita e incluso, en caso de faltar, de enviar un sustituto de suficiente experiencia y habilidad.

«...y si alguna vez faltaren voluntariamente y sin dejar sustituto, apuntará las faltas que se hicieren el enfermero mayor, para que si fueren en cantidad por el mucho descuido de ellos sean multados por el tiempo que faltaren, y si tanto fuere su descuido se nos avise, para que proveamos del remedio necesario»¹².

Una prueba más de la independencia que entonces existía entre las profesiones es que queda determinado que



FIGURA 1-8. San Juan de Dios.

no es el enfermero mayor quien toma las decisiones de penalizar a los médicos, cirujanos o barberos que no cumplieren con sus responsabilidades, sino que se pone en conocimiento del Hermano Mayor, que es quien organizativamente está por encima de los restantes profesionales y el encargado de sancionarlos si fuese preciso. Esta autonomía es recíproca, siendo los enfermeros los responsables de la detección de necesidades y su atención integral (física, psíquica y social), lo cual no impide una coordinación, interrelación e integración de los equipos asistenciales.

Queda establecido que la visita diaria sea colectiva de todo el equipo asistencial y con respecto al barbero señala:

«El barbero si fuere oficial que residiere en el dicho hospital, asistirá en la visita al médico para sangrar, sajar o echar ventosas y hacer otros beneficios que el médico mandare pertenecientes a su oficio, y si no estuviere en casa residente, vendrá muy de mañana para si pudiere hallarse a la dicha visita, o si no para que informado de lo que el médico mandó, lo haga con brevedad; y si no viniere a tiempo, llamarse a otro que lo haga, y pagarse ha del dinero de casa, el cual se descontará después de su salario»¹².

LOS BARBEROS Y LA ORDEN DE LOS OBREGONES

En el siglo XVII, en plena decadencia económica, militar y social del reino de España, Bernardino Obregón funda la Orden de los Hermanos Enfermeros Pobres. En el llamado Siglo de Oro español, en concreto en 1623, los Hijos de la Congregación del Padre Bernardino Obregón escriben *Instrucción de enfermeros y modo de aplicar remedios a todo género de enfermedades y acudir a los accidentes que sobrevienen en ausencia de médicos*. Este manual es uno de los primeros en que se tratan de forma extensa los cuidados, y no sólo los básicos como la alimentación, higiene, movilizaciones, etc., sino también la aplicación de remedios como unturas, fomentos, ventosas, actuación ante hemorragias, que eran de los pocos cuidados técnicos que se conocían en la época (fig. 1-9).

En la presentación, el padre Andrés Fernández dice:

«Diome tanto trabajo la ignorancia y no saber el oficio de enfermero [...] que siempre me parecía que no hacía cosa bien hecha [...] y así me pareció cosa muy justa manifestar y enseñar a otros lo que tanto me costó en veinticuatro años de experiencia»¹³.

En 1634, la Orden publica las Constituciones o reglamento para sus hospitales, donde deja clara su concepción de la enfermería hospitalaria, a la que exime de la aplicación de técnicas para que no reste tiempo de las otras funciones que debe cumplir, y hace alguna referencia a la figura de los barberos como profesionales ajenos al hospital y consultores para que ejerzan en ellos su profesión. Al igual que en la Orden de San Juan de Dios, es llamativo el celo que esta Orden de los Obregones pone para que las profesiones consultoras externas al hospital den atención de calidad a los enfermos:

«En ninguna manera sangrarán nuestros Hermanos a los enfermos, ni harán oficio de Cirujanos, si no fuere en caso urgente, para que no se diviertan de nuestro Instituto, que es de Enfermeros.



FIGURA 1-9. Constitución de la Orden de los Obregones.

«Acompañarán a los Médicos cuando visitaren a los enfermos para que sepan lo que ordenan; y viendo que son descuidados en acudir a las visitas a sus horas, o que visitan con priesa, lo dirán a los Hermanos Mayores, para que hagan poner en ello remedio, para que no padezcan los enfermos; y lo mismo harán con los Cirujanos y los Barberos, y hallando que no hacen bien su oficio, procuren que se traigan otros, y en particular adviertan a los Barberos, que miren como sangran, para que no salgan mancos del hospital los pobres»¹⁴.

Otra institución hospitalaria de la época es el Hospital Real de Granada, en cuyas normas, actualizadas por el rey Felipe IV, también se encuentran referencias a los barberos:

«Hanse de hallar, el Enfermero o la Enfermera, con el Médico y Barbero en las visitas, para que vean el remedio que aplican a cada enfermo y ejecuten lo que se ordenare puntualmente»¹⁵.

En la misma línea de la descrita en las citadas órdenes se desarrollaban los cuidados tanto de enfermería como de asistencia de los barberos sangradores en los hospitales que surgieron en las rutas de peregrinación, especialmente en la de Santiago.

Algunos sangradores, como se ha mencionado, trabajaban para los hospitales atendiendo a los enfermos ingresados, y eran controlados por la normativa de estas instituciones. Sin embargo, en la atención extrahospitalaria las cosas no discurrían de la misma manera al no existir ninguna organización que la ordenara, como señala Cecilio Eseverri:

«Los cuidados extrahospitalarios iban defendiéndose como buenamente podían. Los practicantes que salían de las escuelas o de la facultad del Hospital de Antón Martín; los discípulos del hermano Matías de Quintanilla, con sus apuntes debajo del brazo, en la mesa

de estudio, o en las alforjas o talegas, sobre las grupas de viejas y desvenecadas mulas, andando de pueblo en pueblo y de casa en casa, sabían lo que buenamente habían aprendido en sus años mozos. Interés y entusiasmo no les faltaba; la eficacia ya dependía de muchas circunstancias»¹⁶.

LOS BARBEROS EN OTROS HOSPITALES

Durante los siglos XVI a XVIII, los cuidados de enfermería que se desarrollaban en los hospitales seguían dirigidos a las necesidades básicas y seguían siendo realizados fundamentalmente por las órdenes religiosas, llegando a contabilizarse en España 40 masculinas y 35 femeninas. Trabajando tanto en hospitales como en el gremio o en los domicilios de los enfermos seguían existiendo las figuras de barberos y sangradores.

Simón López, barbero de los hospitales de Valladolid y Salamanca, en 1651 y tras 23 años de profesión, termina el manuscrito *Directorio de enfermeros y artífice de obras de caridad para curar las enfermedades del cuerpo*, del que no hay constancia que pasase a imprenta, quizá por acción de la censura. En esta obra de 565 páginas, el autor describe las tareas y funciones que realizaba el barbero, las técnicas que empleaba y los conocimientos existentes sobre la materia y cómo debían desempeñarse de forma metódica criticando con acritud a quienes no lo hacían así¹⁷.

En el siglo XVII, el enfermero Diego Bercebal escribió *El recetario medicinal*, en el que deja constancia de la relación de los enfermeros de la institución con los sangradores como profesionales consultantes.

En 1756, en un solo hospital, el de la Santa Cruz de Barcelona, se describen hasta 48 puestos de trabajo distintos, entre los que se incluye al barbero.

Una preocupación que aparece con bastante frecuencia reflejada en las normas de los hospitales es la referente al pago de servicios a los profesionales consultores externos, entre los cuales, como hemos mencionado, se encuentran los barberos sangradores. En las normas del citado Hospital de la Santa Cruz de Barcelona se dice:

«Queda entendido que el barbero no debe ni le ha de ser permitido tomar paga alguna, ya sea grande o pequeña, directa o indirectamente, de ningún paciente que esté en el hospital, ni curar con medicinas del hospital a los que son de fuera»¹⁶.

También en las Constituciones del Hospital Real de Granada, firmadas por los Reyes Católicos y reformadas en 1632 por Felipe II, se señala:

«El médico, cirujano y barbero, y los enfermeros, ni otra persona alguna reciban, ni lleven dinero, regalos, ni otra cosa de los enfermos por recibirlos ni curarlos en el dicho Hospital, y hallándose lo contrario, los Visitadores lo castiguen con mucho rigor, y aviendo reincidencias los echen del Hospital»⁹.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA FUERA DEL HOSPITAL

En 1515, el Corregidor del Principado de Asturias, Don Pedro Manrique de Lara, refiere a la reina doña Juana «que estuvo muy malo, y por el mal aparejo que hay de médicos



FIGURA 1-10. Barbero practicando una flebotomía (siglo XVII).

y boticarios en aquellas montañas, tuvo necesidad de venillos a buscar a Castilla y después que plugo a Dios dalle salud, bolbio al Principado»¹⁸. En 1594, las Ordenanzas del Principado de Asturias hubieron de autorizar el ejercicio de intrusos que, de buena fe y gratuitamente, supliesen la carencia de personal facultado, es decir, el ejercicio de los que «se quitan unos a otros el cavello y hacen la barva, y toman la sangre de las feridas y descalabraduras, por no haber barvero ni ceruxano examinados para ello»¹⁹.

Como se aprecia en las anteriores citas, ya en esta época comenzaba a preocupar la demografía profesional sanitaria y que ésta estuviese en consonancia con las necesidades de la población. También se aprecia cómo se comenzaba a distinguir a los profesionales con licencia para ejercer, de aquellas personas intrusos sin licencia, pero que también ejercían. En cierta medida puede entenderse como un interés por garantizar la calidad de la atención profesional.

Hay que recordar que en esta época y aun en épocas muy posteriores, el único profesional sanitario existente al alcance de los enfermos en las zonas rurales fue el barbero sangrador y más tarde sus sucesores (fig. 1-10).

REFORMISMO LUTERANO: INFLUENCIA EN LA ENFERMERÍA

En Europa durante el renacimiento se impone el movimiento reformista, que no se conforma sólo como un hecho religioso, y que condicionará de forma importante el futuro de la enfermería. El reformismo, encabezado por Lutero en 1517, es consecuencia de la aparición de nuevas ideas e intereses, el nacionalismo frente al universalismo representado por la Iglesia de Roma, la aparición de la burguesía y lo que ello supuso como cambio en la estructura económica, la degeneración moral de la iglesia, mercantilizada y enzarzada en luchas de poder, la necesidad de desarrollo científico y cultural chocante con el catolicismo ultramontano, etcétera².

Los protestantes parten de la afirmación teológica de la salvación de las almas sólo por la fe, es decir, por el simple acto de creer, lo que hace innecesario el sufrimiento y las

obras de caridad como mérito de redención. La enfermedad pierde su sentido de sufrimiento purificador y salvador, perdiendo también la atención al enfermo su sentido salvador para quien ejerce esta atención⁴.

En el centro y norte de Europa, donde se implantó el reformismo, una de las primeras y más llamativas consecuencias fue la supresión de las órdenes religiosas, incluidas las que se dedicaban al cuidado de los enfermos, y el desmantelamiento de los hospitales, con la expulsión de monjas y frailes dedicados a la atención de los enfermos, en un principio sin ser sustituidos por otras figuras. Esta conducta, que provocó graves problemas en el momento y desencadenó la denominada «época oscura» para los más desprotegidos y para las cuidadoras/enfermeras, determinó que se profesionalizara la enfermería con su concepción moderna mucho antes que en la Europa católica, no reformista. En este entorno quedaron muy claramente separados el ámbito de los cuidados, a los que se dedicaron, en un principio tras la reforma, exclusivamente las familias y más tarde la enfermería laica, y el ámbito de la curación, incluida la gran mayoría de las intervenciones técnicas, a la que se dedicó la medicina. La distribución de las funciones profesionales en la actualidad sigue respondiendo a esta concepción dicotómica del cuidar/curar, siendo la separación de tareas más acusada en el ámbito luterano (fig. 1-11).

Hay que reseñar que posteriormente Norteamérica, colonizada por los países europeos anglosajones, siguió esta misma distribución de funciones en las profesiones sanitarias.

Así, los cuidados de enfermería en los hospitales son puestos en manos de personal laico de clase baja, sin formación ni normas como las que existían profundamente implantadas en las órdenes religiosas, personas que trabajaban en ellos «por necesidad» en contraposición a la «vocación caritativa» característica del «orbe romano», y habrán de transcurrir más de dos siglos hasta que los cuidados y, por consiguiente, la enfermería inicien un camino de profesionalización⁴.

En el sur de Europa, donde el catolicismo de Roma siguió imperante, las órdenes religiosas continuaron cuidando a los enfermos en las instituciones hospitalarias, enfermos que seguían perteneciendo en general a clases bajas. Los médicos atendían en casas y palacios a los enfermos que podían pagar sus servicios, y quedó una franja social intermedia, como artesanos, pequeños comerciantes, burgueses, etc., atendida por toda una serie de profesionales no religiosos, entre los que destaca el barbero sangrador.

En toda América Latina, los conquistadores españoles se encontraron con los conocimientos y prácticas que las culturas autóctonas tenían sobre la salud y la enfermedad, que no siempre respetaron o incorporaron al bagaje que ellos aportaban. Dichos conocimientos tenían un considerable desarrollo en diversos campos, como la analgesia e incluso la anestesia mediante hoja de coca, el curare y hongos psicotropos, el uso de plantas medicinales, la reducción e inmovilización en traumatismos óseos y la cirugía, llegando a encontrarse restos de trepanaciones con resultado exitoso (fig. 1-12). En cuanto al tratamiento de las

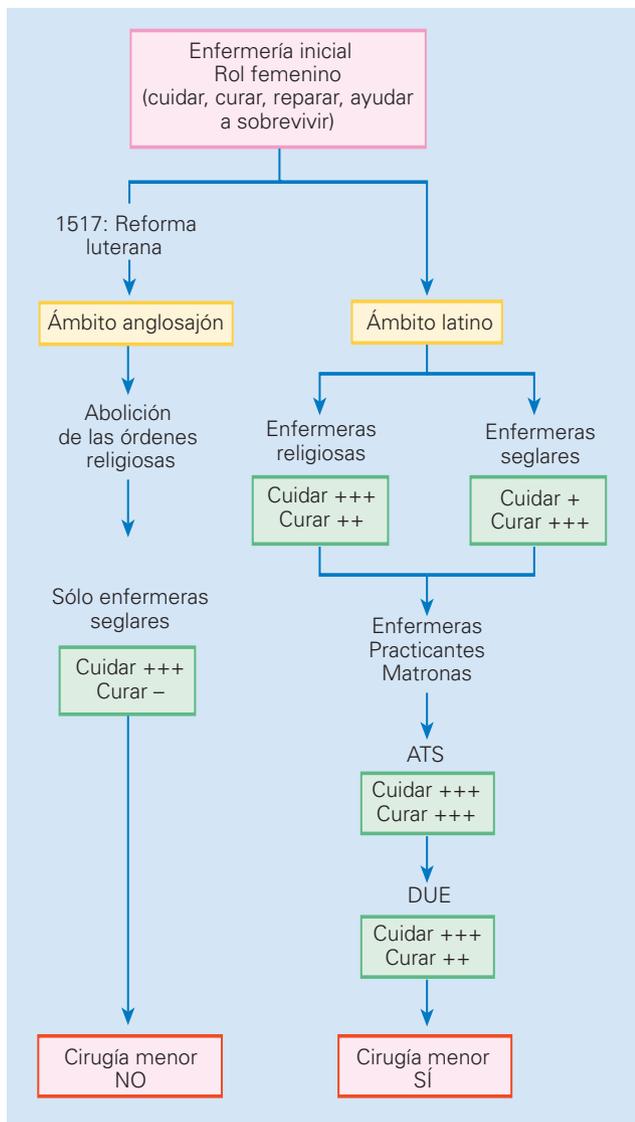


FIGURA 1-11. Diferencias en el desarrollo de la cirugía menor como función de enfermería en los ámbitos latino y anglosajón. DUE: diplomado universitario de enfermería.

heridas por los indígenas, el cronista Fray Pedro de Aguado refiere que «las heridas las lavaban muy bien con agua tibia y las partes maceradas las quitaban con cuchillo de pedernal, aplicando luego plantas, de las cuales tenían una rica tradición oral»²⁰.



FIGURA 1-12. Vendaje y aplicación de fitoterapia en el Nuevo Mundo.

Los cuidados de salud siguieron la misma concepción existente en el país colonizador, y no llegó a producirse un intercambio cultural e, incluso, se impidió el desarrollo del saber autóctono. Cada una de las muchas órdenes religiosas que llegaron a América con los conquistadores, fundó sus propios hospitales, cuya estructura, personal y funciones eran idénticos a los ya descritos en la España de la época.

Seguían existiendo barberos sangradores como profesionales ajenos al hospital que acudían a él para realizar técnicas específicas. La figura del sangrador también aparece integrada como parte de los efectivos de la armada y el ejército, estando descritos hasta los útiles mínimos de los que debía disponer para cumplir su cometido²¹.

Quizá sea en esta divergencia iniciada en el ámbito religioso con el cisma luterano y extendida a todo el entramado social y sanitario, donde puede encontrarse la explicación de las distintas concepciones de la enfermería, cuya repercusión siguió vigente en España al menos hasta bien entrada la segunda mitad del siglo xx, y que aún en nuestros días plantea interrogantes de identidad en aspectos como el que nos ocupa de la práctica de la cirugía menor.

SIGLO XVIII: LA ILUSTRACIÓN

Durante el siglo xviii y el siguiente se produjeron revoluciones de diversa índole (política, industrial, etc.) que fueron influyéndose mutuamente y modificando la relación entre las clases sociales y también su calidad de vida.

Aparecen las clases medias, mientras que los estratos más bajos apenas mejoran sus condiciones en los albores de la revolución industrial. Las revoluciones francesa y norteamericana comienzan a reivindicar los derechos de las personas, elevándolas a la categoría de ciudadanos.

La concepción de la salud y la enfermedad va desterrando la visión religiosa y la etiología sobrenatural y, encuadrándose en el positivismo de Comte y en la Ilustración de los enciclopedistas franceses, empieza a verse la causalidad física, biológica y mecánica de las enfermedades. Posteriormente, con la aportación del marxismo, se considera también el factor económico y social. En este marco avanza la ciencia sanitaria, y esto influye también en la cirugía menor al incorporar conceptos como asepsia, analgesia y anestesia (fig. 1-13).

El Protobarberato, de cuyo desarrollo normativo se tiene referencia desde 1500 y que funcionó durante largo tiempo regulando la práctica de barberos y sangradores, entre otros oficios, es anexionado en 1751 por el Protomedicato y desaparece en 1780 por Real Cédula promulgada por Carlos III.

En las Ordenanzas de las Constituciones de los Reales Hospitales General y de la Pasión de Madrid, de 1760, están reflejados los puestos de trabajo con gran precisión, y aparece la figura de Practicante en sustitución del antiguo Barbero, siendo sustituido el Barbero Mayor por el Practicante Mayor; este último tenía como cometido suplir ausencias y enfermedades del cirujano del hospital y enseñar a los demás practicantes. Llama la atención en esta

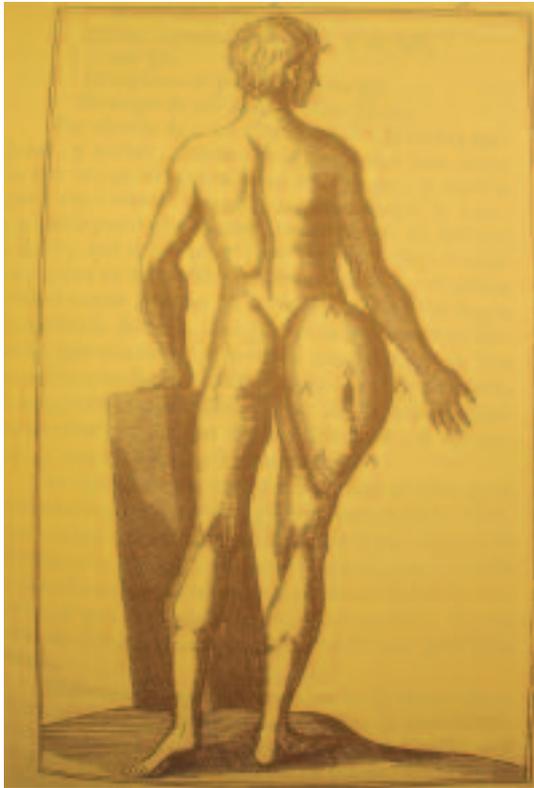


FIGURA 1-13. Imagen del siglo XVIII que muestra un absceso glúteo.

época que el sangrador se considerara especialidad, pues para acceder a esta categoría había que ser previamente practicante y reunir ciertos requisitos, entre ellos «la antigüedad, la vida y costumbres y el método que hayan observado en la asistencia y alivio de los pobres enfermos»; también tenían que superar un examen realizado ante el Cirujano Mayor⁹.

Ya en 1620, en el Hospital General de la Villa de Madrid, denominado del Venerable Padre Antón Martín, funcionaba una escuela o «facultad» (es decir, que facultaba) de practicantes. Estos estudiantes, además de las clases normales «de cirugía, apósitos y vendajes», recibían la formación de otras clases de gramática y cultura general. Uno de sus más destacados profesores, el Padre Fray Matías de Quintanilla, que también era Cirujano Mayor y Enfermero Mayor, escribió en 1630 un importante libro de texto de la época: *Breve compendio de cirugía* (fig. 1-14). Inicialmente era un manuscrito que pasaba de mano en mano entre los alumnos, los cuales lo iban copiando de forma amanuense. Uno de ellos, Ignacio Gutiérrez, consciente del riesgo de desvirtuación del original o de plagio, lo mandó imprimir en 1683 y así llegó a nuestra época¹⁶.

En la mayoría de las poblaciones rurales de la época, el único personal sanitario seguía siendo el ministrante o práctico, que en algunos sitios era cirujano romancista, mientras que en otros debían seguir conformándose con el barbero.

A mediados del siglo XVIII en todo Asturias había cinco médicos, y en la ciudad de Oviedo ejercían cinco cirujanos y algunos sangradores, pero ninguno era «cirujano latino», hasta que en 1730 se contrató al francés Jean Delgart²².

En esta época siguen siendo motivo de preocupación tanto la calidad de la atención como los errores cometidos por los profesionales y el intrusismo existente entre las profesiones sanitarias:

«Había en este Principado gran porción de sujetos sin título ni ciencia que reparten misturas, desparraman purgantes, sangran, dirigen, operan y arrojan veneno sobre los miserables enfermos... uno de esto sujetos en menos de dos horas aplicó a una enferma dos sangrías, de que le siguió la muerte... otro sin título ni aprobación, tomó varios partidos de cirujano, y en la actualidad lo tiene el Convento de Santa María de la Vega, con sueldo, no obstante estar procesado, a instancias de los sangradores de esta ciudad, por carecer de título; llegando a tanto su arrojo, que no se detiene a dar certificados como si fuese legítimo médico o cirujano»¹⁹.

Las actividades profesionales de los cirujanos romancistas siguen siendo reguladas en este siglo; se van delimitando sus funciones, pero siempre bajo supervisión del médico. Desde finales del siglo XVIII son admitidos como alumnos de los colegios de cirugía para convertirse en ayudantes del médico. En ciertos casos y tras superar diversos exámenes, los cirujanos romancistas podían acceder a alguna plaza de cirujano que quedase vacante, no estando en este momento claramente diferenciadas, en el ámbito académico, ambas profesiones. Desde la Ley de Instrucción Pública de 1857 se diferencian bien las profesiones de cirujano, de médico y la de practicante, que aglutina todas las profesiones sanitarias que existían hasta entonces, con excepción de la medicina.

Los cuidadores hospitalarios, en los países católicos, seguían dependiendo de las órdenes religiosas, que eran las encargadas de darles formación y disciplina, pero no tenían el reconocimiento social ni académico del que disfrutaban los practicantes.

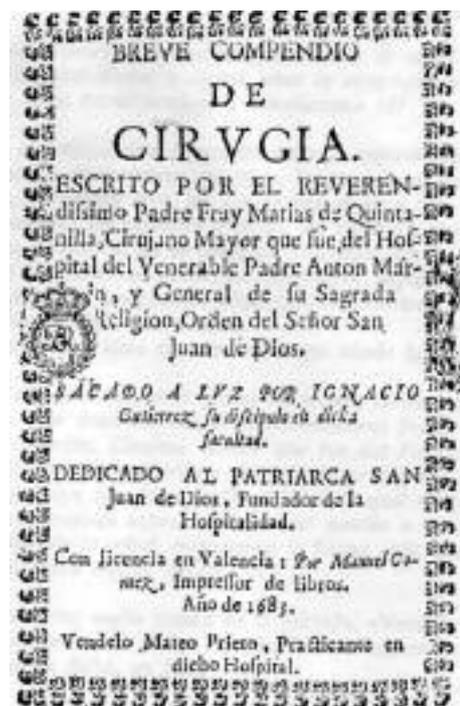


FIGURA 1-14. Obra de Fray Matías de Quintanilla.

SIGLO XIX: INICIO DE LA UNIFICACIÓN DE LAS PROFESIONES DE ENFERMERÍA Y APARICIÓN DE LA FIGURA DEL PRACTICANTE

Este siglo supone un punto de inflexión en la profesión de enfermería. Se reconoce el valor que realmente tienen los cuidados de enfermería en la salud de la población y, por lo tanto, se avanza sustancialmente en la regulación y formación rigurosa de los profesionales.

En el ámbito anglosajón, esta realidad cristaliza de la mano de la culta y paradigmática Florence Nightingale, en la sanidad militar del ejército británico durante la guerra de Crimea (fig. 1-15). Como uno de sus múltiples logros destacables está la disminución de la mortalidad en el hospital de Escutari del 42,7 % al 2,2 % debido a su intervención, a pesar de lo cual tuvo que sufrir los ataques de la alta sociedad británica y, por supuesto, del colectivo médico.

En el entorno español, como luego se verá, se hicieron esfuerzos por difundir los conocimientos necesarios para el ejercicio de la enfermería y por regular esta profesión, regulación que tuvo su máximo exponente en la ley Moyano, aglutinadora de diversas profesiones en la figura del practicante que tanta importancia ha tenido.

Las múltiples confrontaciones bélicas de esta época hicieron avanzar (¡sorprendentemente!) el conocimiento sobre la evolución de las heridas y sobre las técnicas de tratamiento (técnica de Friedrich, etc.).

En esta centuria sigue existiendo un importante sector de la población, sobre todo personas con escasos recursos económicos y pueblos de zonas agrarias con pocos habitantes, donde los «facultativos de carrera corta», como se denominaba por aquel entonces a los practicantes, son el único recurso sanitario disponible. En varias ocasiones se intenta regular las funciones profesionales de los sanitarios que ejercen la cirugía menor, y se hace de forma parcial, por lo que se genera una complicada situación, dado que coexisten antiguas y nuevas titulaciones y, por lo tanto, se plantean dificultades en la práctica diaria para deslindar las competencias de los diferentes tipos de profesionales²³.

Para tratar de ordenar el campo de las profesiones sanitarias, Carlos IV dicta la Real Cédula de 6 de mayo de 1804,

por la que se suprime el Protomedicato y todas sus funciones, incluidas las referidas a los practicantes, que pasan a depender de las facultades de medicina y de los Reales Colegios de Cirugía. Éstos eran los encargados de examinar y acreditar tanto a los cirujanos latinos como a los cirujanos romancistas y a los cirujanos sangradores. A los primeros, antes de ser examinados se les exigía 5 años de estudio en el Colegio, mientras que a los cirujanos romancistas se les exigía 3 años de prácticas con un cirujano que debía certificarlas, para luego pasar al examen. A los sangradores sólo se les hacía un examen teórico-práctico y se les pedía certificado de bautismo, limpieza de sangre y haber practicado con un cirujano. En el examen, además de otras materias, se evaluaban los conocimientos sobre las arterias y las venas, las ventosas, el arte de sajar, así como la extracción de dientes y muelas²³. En esta Pragmática se dice: «Mando, que en ninguno de los pueblos de mis dominios se permita el ejercicio de estas facultades a quien no presente ante las justicias título correspondiente, que deberá registrarse en los libros del Ayuntamiento»²⁴.

La sangría sigue siendo una técnica ampliamente extendida y utilizada con frecuencia en este siglo. Como señaló en 1874 el catedrático de la Facultad de Medicina de Cádiz, Profesor Juan Ceballos, España es el único país del entorno en el que existe la figura del sangrador.

Para conocer la consideración que tenían las diferentes profesiones sanitarias a mediados del siglo XIX, en la tabla 1-1 se indican sus salarios, en reales, correspondientes a tres hospitales.

Comienzan a aparecer manuales donde se compendian los conocimientos de estos profesionales, como el escrito en 1851 por el catedrático supernumerario de la Facultad de Medicina de la Universidad Literaria de Sevilla en Cádiz, el gaditano Rafael Ameller Romero, *Compendio de flebotomía y operaciones propias de la cirugía menor o ministrante*, que tuvo gran éxito y se reeditó tres veces en 11 años (fig. 1-16). El autor especifica que escribe exclusivamente para los alumnos de cirugía ministrante, flebotomistas y sangradores, que deben cursar durante 2 años los estudios teóricos que corresponden a la cirugía menor. También hace hincapié en que estos profesionales no incurran en intrusismo y deja claro el manifiesto carácter limitador de los conocimientos que esos «prácticos» deben adquirir. En cuanto al temario sobre técnicas de cirugía, describe el instrumental (lancetas, ventosas, sanguijuelas),



FIGURA 1-15. Florence Nightingale.

TABLA 1-1. Salarios (en reales) en tres hospitales a principios del siglo XIX

	Almería	Guadalajara	Valladolid
Director	–	3.300	3.000
Capellán	2.190	1.460	1.825
Médico	2.190	2.000	1.100
Cirujano	2.190	2.000	1.500
Practicante	2.555	1.271	1.460
Enfermero	1.830	585	1.460
Enfermera	730	–	–
Cocinera	730	1.460	1.095

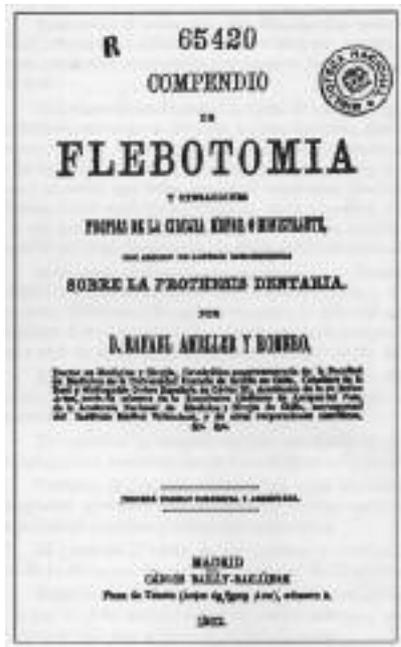


FIGURA 1-16. Obra de Rafael Ameller.

nociones de anatomía, características, efectos deseados y no deseados de la técnica y habilidades necesarias en el profesional. Dedicó otros capítulos a los vendajes, a la aplicación de medicamentos y al arte del dentista u odontotecnia, en la que incluía las prótesis dentales. Otros libros de la época son: *Compendio de cirugía menor* (1866) de Nicolás Ferrer Julve, *Manual para el uso de practicantes* (1866) de José Calvo y el *Vademecum del practicante* (1871) de Juan Marsillac^{23, 25}.

Las profesiones de sangrador, cirujano romancista o de segunda, barbero y ministrante se unifican en 1846 según Real Orden de 29 de junio en el título de ministrante. En dicha orden se dictan normas para el ejercicio de la cirugía menor o ministrante. A pesar de ello, no se consigue dicha unificación en todo el territorio nacional, por lo que siguen ejerciendo y formándose las anteriores profesiones, lo cual confundía a la población con respecto a quién debían dirigirse ante un problema de salud o cuando precisaban una técnica concreta. Por ello, la denominada ley Moyano, promovida por el ministro Claudio Moyano, Ley de Bases para la Instrucción Pública de 21 de noviembre de 1861, vuelve a unificarlas definitivamente bajo el título de practicante, suprimiendo esta vez las anteriores denominaciones. En todo momento, tanto los ministrantes como los practicantes, asumieron las funciones de las profesiones que sustituían.

Los requisitos para acceder a los estudios de practicante, su duración y su contenido van cambiando según diversas normativas, adaptándose a las necesidades de las nuevas estructuras sanitarias y a la incorporación de nuevas técnicas. En todo caso, tanto los requisitos de acceso como los contenidos siguen difiriendo entre los planes de estudio de los practicantes y los de las enfermeras. Inicialmente, los estudios de practicante sólo pueden cursarse en los hospitales públicos de siete ciudades españolas (Ma-

drid, Barcelona, Granada, Sevilla, Santiago, Valencia y Valladolid), siempre que tengan un mínimo de 60 camas y estén ocupadas habitualmente por más de 40 enfermos. Posteriormente deben revalidar sus conocimientos en las facultades de medicina para poder tener acceso al ejercicio profesional⁸.

Entre las técnicas que realizaban los ministrantes y los practicantes iniciales se encuentran: la cura de heridas, la reducción de fracturas y luxaciones, las emisiones sanguíneas por flebotomía, con sanguijuelas o mediante escarificaciones con ventosas o sin ellas, el cauterio por calor, químico o por electricidad, los sinapismos, cataplasmas y emplastos, los vendajes, las inyecciones que inicialmente eran sólo hipodérmicas, las vacunaciones y el arte del dentista, que fundamentalmente consistía en la limpieza de la dentadura y las extracciones, aunque tampoco descartaban las prótesis dentales⁸.

El prestigio social de los practicantes que ejercen fuera de los hospitales va en aumento en función de sus destrezas técnicas, siempre subordinados a un maestro médico, aunque en el medio rural suele ser el practicante el único profesional del que se dispone. Incluso diversas disposiciones legales, como el Reglamento de 16 de junio de 1827, amplía la capacitación legal de estos profesionales cuando es el único sanitario presente y la situación sea de mucha urgencia. Sin embargo, la consideración social no es la misma para los profesionales que trabajan en los hospitales.

En España, la desamortización llevada a cabo por Mendizábal y Madoz produjo un notable deterioro de la asistencia hospitalaria, apareciendo carencias en el personal y en los servicios de enfermería que impartían las órdenes religiosas. Estas carencias son cubiertas en los hospitales por personal seglar poco formado e indisciplinado. Es por ello que se impone una reforma de la profesión, cuya máxima impulsora, desde el análisis y las críticas a la realidad, fue Concepción Arenal (fig. 1-17). Las críticas, muy feroces en algunas ocasiones, las sistematiza desde la observancia de lo que Arenal denominó los cinco principios: falta de cuidado, honestidad, aseo, orden y mala alimentación. Con respecto al principio de la honestidad, Arenal hace un apunte en el que queda reflejada la considera-



FIGURA 1-17. Concepción Arenal.

ción que entonces se tenía de quienes trabajaban en el hospital: «En una sala de mujeres sólo deben entrar el sacerdote, el médico y el practicante, este último sólo cuando las hermanas no puedan hacer las curas o dar la medicación»²⁶.

Arenal, al igual que critica a las enfermeras por la mala calidad de los cuidados que impartían, por el deficiente nivel de decoro personal, la desidia, etc., también tiene críticas para los practicantes, a los que culpa, por su indisciplina y mal funcionamiento en los hospitales, en parte del caos imperante en ellos. Dice que la gran cantidad de practicantes que se precisan, por su mala organización y efectividad, actúa en detrimento del número de enfermeras cuidadoras y hermanas de la caridad. Es tal el descontrol, que por los hospitales pululan practicantes honorarios que van a perfeccionarse y a introducirse para acabar acomodándose en el hospital. También existen practicantes meritorios que, sin tener terminada la carrera, acuden a realizar prácticas, pero en realidad su cometido es hacer el trabajo de los titulares que no aparecen por sus puestos. Los estudiantes oficiales también realizan el trabajo encubierto.

Concepción Arenal abogó en 1880 por la necesidad de unificar todas las profesiones de enfermería (enfermera, practicante y matrona) y propuso la creación de una única Escuela de Enfermería, idea casi visionaria, muy avanzada para la época, que no se cumplió hasta casi un siglo más tarde.

En 1896, el doctor Rubio Galí crea la primera escuela de enfermeras Santa Isabel de Hungría, cuya idea concibió al conocer en Inglaterra, donde fue embajador, la obra de Florence Nightingale².

A mediados del siglo XIX se organiza la Asociación General de Practicantes de España con el fin de defender su par-

cela profesional, elevando sus reivindicaciones al gobierno. Se intenta separar la labor del practicante del quehacer de la barbería que de forma residual sigue arrastrando, puesto que, por una parte, algunos barberos hacen labor de practicantes y, por otra, en algunas convocatorias de plazas en pueblos pequeños se introduce como reclamo el que los practicantes puedan contratar con los vecinos «tanto la cirugía menor como la barba». Asimismo, luchan para que los estudiantes de medicina no puedan ocupar plazas de practicantes en los hospitales. Al respecto, Concepción Arenal hace la siguiente referencia crítica: «Los practicantes elegidos entre los estudiantes de medicina, cirugía o farmacia sólo prestan servicio por muy poco tiempo y, cuando empiezan a ser útiles como auxiliares del médico o farmacéutico, se ausentan y salen del hospital» (fig. 1-18).

En el Reglamento Benéfico-sanitario de 1891 se determina la obligatoriedad de que, bajo la dirección de los facultativos municipales, los ayuntamientos sostengan económicamente a los practicantes que desempeñen el servicio de cirugía menor⁹.

El profesor J. Siles señala: «El término practicante ha cargado de significado una parte fundamental de la historia de las profesiones sanitarias y ha influido decisivamente en la preservación de la vertiente más técnica de la enfermería»².

SIGLO XX: CONTINÚAN LAS LUCES Y LAS SOMBRAS SOBRE LA ENFERMERÍA

Por ser una vivencia conocida por los autores y por buena parte de los lectores y no existir la suficiente distancia



FIGURA 1-18. Publicidad de la Revista del Practicante.

que nos permita analizarlo con una adecuada visión crítica, el siglo xx lo abordaremos con algunas someras pinceladas.

En lo que se refiere a la profesión de enfermería, los inicios de este siglo no dejan de ser una continuación de lo acontecido en el siglo xix, y como ejemplo de ello pueden citarse el *Manual del practicante y de partos normales*²⁷, escrito por el médico Emilio García Sierra y publicado en 1906, en el que se describen los conocimientos que necesitaba un profesional de la época, en los mismos términos que en otros manuales citados previamente, y el libro *Cirugía elemental*, del doctor Rafael Gómez Lucas, publicado en 1948, en el que se incluían técnicas y principios de cirugía menor (fig. 1-19).

A mediados del siglo, la creciente tecnificación de la atención sanitaria y el incremento del número de hospitales incluidos en los sucesivos planes de desarrollo del franquismo, situaron al hospital y al médico, y no al usuario, como eje del sistema sanitario, dejando a la enfermera como mera auxiliar al servicio de aquél. Esto queda ratificado cuando en 1955 se cumple la aspiración de Concepción Arenal y se unifican las profesiones de enfermera, practicante y matrona en un único título de Ayudante Técnico Sanitario (ATS), que como su nombre indica es concebido como ayudantía en tareas técnicas.

En este marco, la cirugía menor queda bastante desplazada e, incluso podría decirse, en cierta forma poco considerada, al estar fuera del hospital y verse ensombrecida por las expectativas que abrían las grandes intervenciones diagnósticas y terapéuticas de la época (tratamientos del cáncer, grandes cirugías, novedosas y complejas técnicas diagnósticas, etc.), y relegada, por una parte, a las urgencias de los grandes hospitales y, por otra, a la atención extrahospitalaria, donde queda en manos de algunos médicos y de los ATS de la denominada Asistencia Pública Domiciliaria (APD), que siguen cultivándola y ofreciéndola como servicio necesario a la población.

Las funciones de los profesionales de la enfermería siguen teniendo en esta época un marcado acento sexista,

que se refleja también en los planes de estudio, que eran diferentes según fuese la escuela de ATS masculinos o femeninos. Entre estas diferencias se encuentran las materias referentes a cirugía menor, mucho más desarrolladas cuando eran dirigidas a varones que a mujeres (fig. 1-20).

Cuando realmente se produjo un cambio significativo en la profesión de enfermería fue en el último tercio del siglo, cambio enmarcado en la consolidación y normalización de los citados avances científicos y tecnológicos, la introducción del concepto holístico de la atención a las personas sanas y enfermas y, sobre todo, las condiciones sociosanitarias de nuestro entorno: extensión de la cobertura sanitaria a toda la población, desarrollo de la atención primaria de salud y exigencia de calidad por parte de los usuarios, entre otras.

En este contexto, en 1977 se produce la transformación de la enfermería en profesión universitaria, que pasa de estar centrada en tareas auxiliares del médico a asumir un papel autónomo en los cuidados y de colaboración con otras diversas profesiones en la asistencia global a los usuarios.

Esta época, al igual que otras anteriores, no está libre de luchas para incrementar cuotas de poder en el ámbito sanitario, y nuevamente quienes estuvieron mejor posicionados con el poder político y económico obtuvieron mayores réditos. En este escenario pueden situarse las dificultades surgidas para que las enfermeras ocupen su espacio profesional autónomo: el retraso en la implantación de las especialidades de enfermería, los impedimentos para que las enfermeras pudieran optar a todos los niveles académicos y regir, por lo tanto, las directrices formativas de su profesión. También existen dificultades en el quehacer cotidiano para desarrollar sus competencias y capacidades. No es hasta entrado el siglo xxi cuando estas barreras comienzan, lentamente, a ceder.

La cirugía menor realizada por enfermeras no está ajena a estas tensiones, y aunque estas profesionales siguen ejerciéndola cotidianamente, de forma paradójica

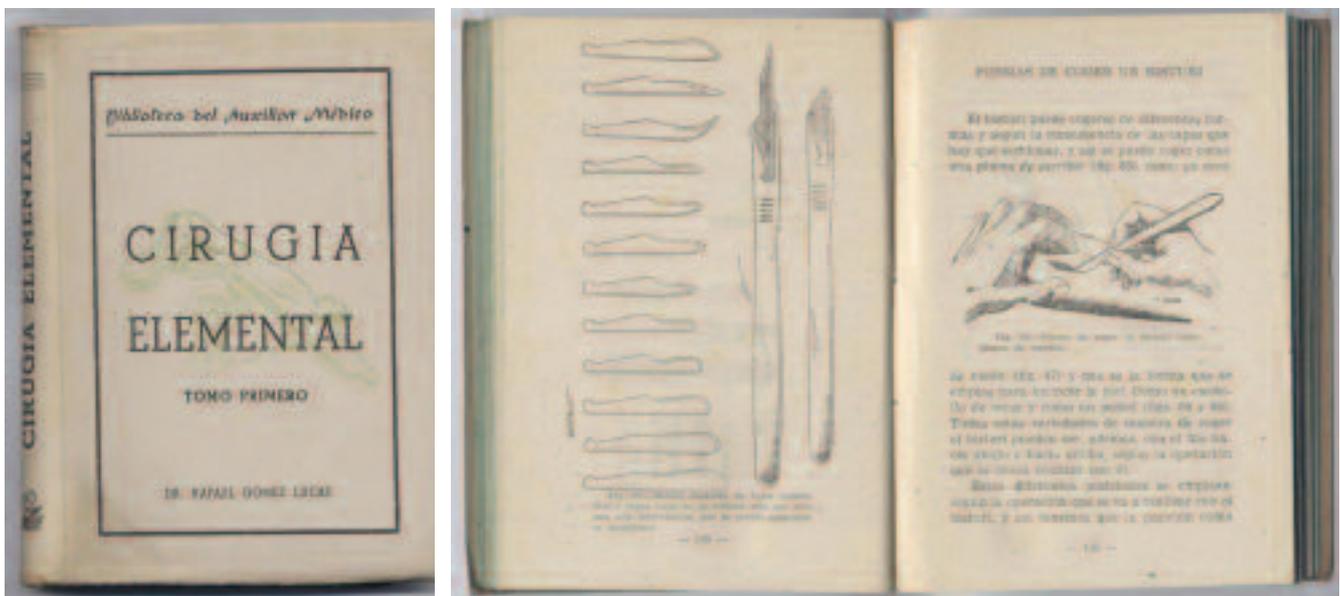


FIGURA 1-19. Obra del doctor Gómez Lucas.



A



B

FIGURA 1-20. A) Primera promoción de ATS femeninas de Asturias, 1961-1964 (Escuela del Hospital General). B) Primera promoción de ATS masculinos de Asturias 1975-1978 (Escuela de la Facultad de Medicina).

el servicio se ve mermado a finales del siglo xx. Aunque aparecen planteamientos institucionales de potenciación de la cirugía menor en atención primaria, muchas enfermeras se encuentran con ciertas cortapisas para su realización, contradiciendo los criterios de eficiencia, dificultando la deshospitalización de cuantas técnicas sean posibles y negando el bagaje histórico acumulado y que se ha desarrollado a lo largo de este capítulo.

CONCLUSIONES

Algunas de las técnicas que hoy se conocen como de cirugía menor forman parte de las intervenciones sanitarias que primero utilizaron la observación como aprendizaje (método de ensayo y error) y que primero consiguieron los resultados positivos que se perseguían con ellas.

Merece una reflexión la concepción inicial de los hospitales, que nacen como instituciones que acogen enfermos y otras personas cuyas necesidades son básica y fundamentalmente de cuidados de enfermería. La atención médica o quirúrgica ejercida en esas primeras épocas por distintas profesiones se realiza en múltiples lugares según costumbre y condiciones socioeconómicas de los enfermos, es decir, puede desarrollarse en los locales que los profesionales tienen en sus barrios gremiales, en el propio domicilio del paciente o en el hospital, pero no exclusiva ni mayoritariamente en el hospital.

Los Barberos sangradores se consideraron un recurso técnico más especializado que las matronas y las enfermeras hospitalarias, recurriendo a ellos cuando éstas se encontraban con dificultades que no eran capaces de resolver. Como ilustración anecdótica, cabe recordar que reminiscencias de esta situación aún podían observarse bien avanzado el siglo xx en algunos hospitales incluso de la red pública, donde existían ATS masculinos (muchos de ellos originariamente practicantes) que se ocupaban de realizar algunas técnicas especializadas a los enfermos ingresados en las unidades de enfermería.

Si bien hoy en día existen concepciones que abogan por definir restrictivamente los criterios históricos de lo que es un acto de enfermería³, en España este proceso no es lineal ni simple. Aunque en épocas pretéritas los cuidados estrictamente entendidos, dispensados en los hospitales por órdenes religiosas, pudiesen separarse claramente de otro tipo de atención otorgada por las diversas profesiones de protoenfermería (sangradores, ministrantes, etc.), el hecho de que dichas profesiones hayan ido confluyendo y aglutinándose hasta unirse todas en la titulación de ATS y, posteriormente, en la de Diplomados Universitarios de Enfermería, hace compleja la delimitación que es condicionada por la herencia de funciones.

En un momento en que la hegemonía anglosajona se extiende por prácticamente todas las áreas del conocimiento y la sociedad, también alcanza a la enfermería, poniendo en cuestión algunos matices conceptuales y funciones pertenecientes a la idiosincrasia propia de nuestra cultura, herencia de nuestra historia de raíces latinas. Conseguir la integración de la cirugía menor y otros cometidos que las enfermeras realizan hoy cotidianamente en nues-

tro entorno y que realizan desde tiempos remotos en la moderna concepción de la enfermería es un reto al que nos enfrentamos. Lo contrario sería renunciar a proyectar sobre la propia profesión y sobre la sociedad una parte de la memoria colectiva y renunciar también a ofrecer a la población un servicio de enfermería, servicio que, como ha podido verse, se ha otorgado durante siglos y sigue otorgándose eficientemente en la actualidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Laín Entralgo P. Historia de la medicina. Barcelona: Salvat, 1978.
2. Siles González J. Historia de la enfermería. Alicante: Aguaclara, 1999.
3. Moral de Calatrava P. La enseñanza de la historia de la enfermería en España. *Index Enferm Digital* 2004; 47. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermería/47revista/47_articulo_39-43.php. Consultado el 21 de marzo de 2005.
4. Hernández Conesa J. Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1995.
5. Collière F. Promover la vida. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1993.
6. Hernández Conesa J, Esteban Albert M. Fundamentos de la enfermería, teoría y método. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1999.
7. Arsuaga Ferreras JL, Martínez Mendizábal I. La especie elegida. Madrid: Temas de Hoy, 1998.
8. Hernández Martín F (coordinadora). Historia de la enfermería en España. Madrid: Síntesis, 1996.
9. Ventosa Esquinaldo F. Historia de la enfermería española. Madrid: Ciencia 3, 1984.
10. Domínguez Alcón C. Los cuidados y la profesión enfermera en España. Madrid: Pirámide, 1986.
11. Roca JM. L'Hospital migeval de Sant Maciá, citado por Domínguez Alcón C. Los cuidados y la profesión enfermera en España. Madrid: Pirámide, 1986.
12. Méndez de Salvatierra J. Regla y constituciones. Granada: Hugo de MENA, 1585. Citado en Historia de la enfermería española e hispanoamericana (Cecilio Eseverri Chaverri). Biblioteca de enfermería. Barcelona: Salvat, 1984.
13. Hijos de la Congregación del Padre Bernardino Obregón escriben «Instrucción de enfermeros y modo de aplicar remedios a todo género de enfermedades y acudir a los accidentes que sobrevienen en ausencia de médicos», Pablo de Val, Madrid, 1650. Citado por Domínguez Alcón C. Los cuidados y la profesión enfermera en España. Madrid: Pirámide, 1986.
14. Obregón B. Constituciones y Regla de la Mínima Congregación de los Hermanos Enfermeros Pobres. Impresos por Francisco de Ocampo, 1634. Reimpresos en 1689, Madrid. Citado en Historia de la enfermería española e hispanoamericana (Cecilio Eseverri Chaverri). Biblioteca de enfermería. Barcelona: Salvat, 1984.
15. Constituciones del Hospital Real que en la Ciudad de Granada fundaron los Señores Reyes Católicos D. Fernando y Dña. Isabel. Mandadas guardar por los Señores D. Felipe II y D. Felipe IV. Impresas por segunda vez, en la Imprenta Real de Francisco Sánchez. Año 1671, Granada. Citado en Historia de la enfermería española e hispanoamericana (Cecilio Eseverri Chaverri). Biblioteca de enfermería. Barcelona: Salvat, 1984.
16. Eseverri Chavarri C. Historia de la enfermería española e hispanoamericana. Biblioteca de enfermería. Barcelona: Salvat, 1984.

17. García Martínez MJ. El método en enfermería. Una mirada desde la historia (siglo xvii). *Metas de Enfermería*. Diciembre 04/enero 05; 7: 58-64
18. Uria Riu J. Médicos, boticarios y sanidad en Oviedo, a finales del siglo xv y primeros decenios del siglo xvi. *La Balesquida*, Oviedo, 1965. Citado por Tolivar Faes J. *Historia de la medicina en Asturias*. Gijón: Ayalga, 1976.
19. Tolivar Faes J. *Historia de la medicina en Asturias*. Gijón: Ayalga, 1976.
20. Herrera Pontón J. La medicina en la época precolombina. Los psicoestimulantes y los venenos de flechas: precursores de la anestesia. Disponible en: <http://www.comunidadtawantinsuyu.org/articulos/medicinaprecolombina.htm>. Consultado el 20 de marzo de 2005.
21. Frank CH, Elizondo T. *Desarrollo histórico de la enfermería*, 3.ª ed. México DF: La Prensa Médica Mexicana, 1981.
22. Tolivar Faes J. Aspecto sanitario de Oviedo a través del catastro de 1751. *La Balesquida*, Oviedo, 1962. Citado por Tolivar Faes J. *Historia de la medicina en Asturias*. Gijón: Ayalga, 1976.
23. Herrera Rodríguez F. Un capítulo de la enfermería: la cirugía menor en la España del siglo xix. *Cultura de los Cuidados*. 2000; 7: 18-26.
24. Camaño Puig F, Cabañero R, Castelló Cobo M. Estudiantes de la carrera de practicantes en la Universidad de Valencia 1882-1890. *Index Enferm Digital* 2002; 38. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/38revista/38_articulo_35-39.php. Consultado el 21 de marzo de 2005.
25. García Martínez AC, García Martínez MJ, Valle Racero JI. Comentario al libro: «Compendio de flebotomía y operaciones propias de la cirugía menor o ministrante (1862)». *Híades. Revista de Historia de la Enfermería* 1994; 1: 37-43.
26. Arenal C. *La Caridad de España*. Abril de 1871. Citada por Hernández Martín F (coordinadora). *Historia de la enfermería en España*. Madrid: Síntesis, 1996.
27. Ballesteros Álvaro AM. *Manual del practicante y de partos normales (1906): Contenido y curiosidades*. *Cultura de los Cuidados* 2002; 11: 47-52.