

MEDICINA Y PODER POLÍTICO

XVI Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina

Madrid, 11-13 de junio de 2014

Editores:

Ricardo Campos Marín

Ángel González de Pablo

Mª Isabel Porras Gallo

Luis Montiel

Madrid

2014

En la elaboración de esta monografía se ha contado con el apoyo de los siguientes proyectos de investigación:

HAR2012-37754-C02-01

HAR2012-37754-C02-02

HAR2012-39655-C04-02

© Los autores de su texto

© SEHM y Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), de la edición.

ISBN: 978-84-617-0024-0

Depósito legal: M-14997-2014

Diseño de cubierta: Francisco Javier Sancho Bielsa

Maquetación: Francisco Javier Sancho Bielsa

Imprime: CRM reprografía. Ciudad Real. crm.reprografía@gmail.com

Impreso en España

Ilustración portada: Georg Grosz: "KV" o "Apto para el servicio" (1917)



Sociedad Española de Historia de la Medicina



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

FACULTAD DE MEDICINA



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE ECONOMÍA
Y COMPETITIVIDAD

LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LOS HOSPITALES ARAGONESES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN EN LOS AÑOS SETENTA

YOLANDA MARTÍNEZ SANTOS

Hospital General de la Defensa de Zaragoza

INTRODUCCIÓN

Los cambios producidos en las políticas sanitarias y de protección social en las diferentes y convulsas épocas del siglo XX español, motivaron las circunstancias socio-políticas que fueron trascendentales para la construcción y apertura de los grandes centros hospitalarios. A la vez, el desarrollo de la profesión enfermera estuvo muy ligado al proceso de formalización de los mecanismos de poder y órganos de gestión administrativa del Estado.¹

Esta comunicación pretende realizar una descripción de las condiciones en la que se formalizaron los cuidados en los Hospitales Aragoneses del Instituto Nacional de Previsión (INP) con escuelas femeninas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS).

METODOLOGÍA

Para hacer esta reconstrucción histórica, las fuentes utilizadas han sido: el Documento publicado por el Ministerio de Trabajo en 1953 «Plan de Infraestructuras del Seguro»,² con el plan ya en marcha; así como los documentos archivísticos (fundamentalmente fichas y documentos de las escuelas) de la Facultad Medicina y de la Facultad de Ciencias de la Salud de Zaragoza. Han sido de gran importan-

¹ Blázquez Ornat, Isabel, *La construcción de la profesión de Practicante en Aragón: 1857-1936*, Zaragoza, Universidad de Zaragoza, 2015 (tesis doctoral).

² Dirección de Asistencia Sanitaria e Instalaciones del Seguro de Enfermedad, *Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias*, Madrid, Ministerio de Trabajo, 1953.

cia otras fuentes bibliográficas como tesis publicadas, que junto con los relatos orales de estudiantes y monitoras de las escuelas analizadas, nos mostrarán como se llevaron a cabo los cuidados en los hospitales de la comunidad aragonesa.

RESULTADOS

La transformación de la asistencia sanitaria en España, y por ende en Aragón, como se ha comentado, ha ido ligada al desarrollo de las políticas sanitarias que se fueron implementando durante el siglo XX en nuestro país. El primer gran logro se constituyó en 1908 con la creación del INP, que con el paso de los años se convirtió en el motor más potente para la consecución de un sistema de previsión social completo y unificado. Eje vertebrador indispensable del incremento de los seguros sociales.³ Con ello se adoptaron los esquemas para el futuro desarrollo del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), que en 1918 consiguió que la asistencia sanitaria entrara a formar parte de la citada protección con el Real Decreto de 1919 de aseguramiento del paro forzoso.⁴ Con él, se aseguraba la cobertura sanitaria en caso de enfermedad común y confiaba su provisión a la iniciativa privada. Sin embargo continuaba un gran vacío en el campo de la asistencia, que percibía los crecientes accidentes de trabajo como un grave problema de salud pública. Esto provocó que se promulgaran leyes para diseñar un nuevo modelo de previsión social que ya se estaba desarrollando en otros países europeos, y que tuvo su origen en la Alemania de 1884.⁵⁻⁶

El desarrollo de políticas de salud de principios de siglo, como las Leyes de protección a la Infancia o la Maternidad, se vehiculizaron a través del INP. Pero fue en 1942 al publicarse el SOE, cuando se consiguió el verdadero avance en

³ Doval Martínez, Rocío I., «Del Instituto Nacional de Previsión al Instituto Nacional de la Seguridad Social», en *Legislación histórica de previsión social*, Editorial Aranzadi, 2009, pp. 413-425.

⁴ Real decreto estableciendo el seguro de paro forzoso. *Gaceta de Madrid*, nº78; (19/03/1919): 1049-1050.

⁵ Pons Pons, Jerònima y Silvestre Rodríguez, Javier, «El seguro de accidentes del trabajo, 1900-1935», en *XVI Encuentro de Economía Pública*, Granada, 2009, p. 3.

⁶ Martínez Santos, Yolanda, *Las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios en España 1953-1980. Historia de las Escuelas del Distrito Universitario de Zaragoza*, Zaragoza, Universidad de Zaragoza, 2017 (tesis doctoral), pp. 52-53.

la protección social y sanitaria española.⁷ La grave crisis sanitaria de la posguerra alarmó a las autoridades franquistas, por dos motivos básicos. Por un lado la situación de calamidad podría poner en peligro la salud pública del país. Por otro, la crisis sanitaria podría amenazar la deseada paz social como proceso de captación de masas. Por lo que, la maquinaria promocional del régimen se afanaba por identificar cualquier mejora social. Dentro de este contexto, la dictadura utilizó el SOE para legitimar el poder del nuevo Estado y servir de altavoz propagandístico de su preocupación social.⁸ A través del Seguro de Enfermedad los trabajadores y sus familias tuvieron acceso a los hospitales públicos bajo el amparo de esta nueva cobertura sanitaria estatal.

En 1944, con la publicación de la Ley Bases de la Sanidad Nacional, se fijaron las reglas generales de concierto y financiación a través del INP y las entidades privadas. No obstante la puesta en marcha del SOE puso de manifiesto graves obstáculos como las elevadas exigencias financieras del proyecto,⁹ al igual que la carencia de infraestructuras y de personal sanitario necesario para prestar la asistencia ofrecida por estos nuevos seguros. Servicio que se venía prestando por los hospitales de Beneficencia y la sanidad privada, a toda vista insuficiente. Por lo que en 1945 se publicó en la Gaceta oficial,¹⁰ un ambicioso proyecto estatal: el Plan de Infraestructuras del Seguro; modificado en 1947,¹¹ por el que se construirían grandes hospitales y ambulatorios públicos por toda la geografía española, que tuvieron su máximo exponente en la década de los sesenta y setenta, impulsados por la expansión del mercado europeo, que en España registró un crecimiento económico sostenido a partir del Plan de Estabilización de 1959.¹²

En 1963 se modernizó la Ley de Bases de la Seguridad Social. El objetivo de esta ley fue la implantación de un modelo unitario e integrado de protección

⁷ Redondo Rincón, M.ª G., *El seguro obligatorio de enfermedad en España: responsables técnicos y políticos de su implantación durante el franquismo*, Madrid, Universidad Complutense de Madrid, 2013 (tesis doctoral).

⁸ Pons Pons, Jerònima y Vilar Rodriguez, Margarita, *El seguro de salud privado y público en España. Su análisis en perspectiva histórica*, Zaragoza, Prensas de la Universidad de Zaragoza, 2014, pp. 105-107.

⁹ *Ibidem*, pp. 112-119.

¹⁰ BOE de 15 de enero de 1945; Instalaciones del Plan Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

¹¹ BOE n.º 13 de 13/01/1947.

¹² Pons Pons, Jerònima y Vilar Rodriguez, Margarita, *El seguro de salud privado y público en España...*, *op. cit.*, pp. 201-245.

social, con una base financiera de reparto entre la gestión pública y participación del Estado. De esta manera, un sistema sanitario concebido inicialmente de forma estratificada en tres niveles: beneficencia, asistencia privada y el SOE, se acabaría convirtiendo en un sistema mayoritariamente público en pocos años.¹³

La Reforma Sanitaria consideraba al Estado responsable de la salud de la población y elaboró entre otras infraestructuras, grandes Residencias Hospitalarias que captaron la mayoría de la financiación del proyecto. No obstante el paso de los años constató que el crecimiento del gasto sanitario no era suficiente para reducir la mortalidad. La existencia de un sistema sanitario eficaz hacía necesario invertir no solo en edificaciones si no también en capital humano, apostando por la formación de los profesionales sanitarios, estimulando la creación de escuelas de ATS y la promoción de sus estudiantes, cuyo número era muy reducido en España.¹⁴ Los centros hospitalarios del INP se convirtieron en sede de la mayoría de Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS).

Estos hospitales, fueron concebidos como instrumentos que mejorarían el nivel sanitario y la educación social de asegurados y médicos. En el documento se cita así:

Es, pues, evidente, que la influencia de las Instalaciones del Plan Nacional, en el mejoramiento del nivel sanitario y en el descenso de la mortalidad en España, se irá acrecentando de día en día, a medida que dichas Instalaciones vayan alcanzando su máximo rendimiento y su acción a lo largo del tiempo.¹⁵

De la misma manera consideraban que era labor de los Hospitales del INP formar a su propio personal.

Alguien dijo que, como una nueva orden religiosa, el Seguro Social debería formar su propio personal; para esta contribución didáctica o auto formativa están las Instituciones del Plan Nacional.¹⁶

Las estrategias usadas por el régimen franquista fueron diferentes en cada uno de los momentos históricos. De 1959 a 1975, en el conocido como «tardofran-

¹³ Sevilla, Francisco, *La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social*, Madrid, Fundación Alternativas, 2006, p. 11.

¹⁴ Miguel, Jesús M. de, «El capital humano en la formación», en *La Reforma Sanitaria en España*, Madrid, Editorial Cambio 16, 1976, pp. 47-108.

¹⁵ Dirección de Asistencia Sanitaria e Instalaciones del Seguro de Enfermedad, *Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias*,..., *op. cit.*, p. 24.

¹⁶ *Ibidem*, p. 26.

quismo» o «franquismo desarrollista», uno de los instrumentos de intervención más potente del Estado fue el médico-social, basado en una serie de discursos y dispositivos médicos y sanitarios.¹⁷ Mediante la divulgación médico-sanitaria se ensañaban comportamientos sociales, valores y actitudes, con los que se «enseñaba a vivir» a la población.¹⁸ Siguiendo esta premisa, los centros sanitarios del INP, se entendían como lugares donde se producía la educación social, cuyo fin último era la recuperación del ciudadano. El informe analizado lo refería de la siguiente manera:

He aquí por qué el Plan Nacional de Instalaciones aspira a que sus Instituciones sean Centros colaboradores de una educación social de esa formación necesaria y suficiente para la exacta utilización de los derechos sociales, y escenario de una distribución equitativa de la igualdad funcional de sus miembros.¹⁹

Y continúa unas líneas más abajo:

No debe perderse ese instante propicio, ese momento favorable de la materia para la modelación espiritual, para captar e incorporar al movimiento social un ser que ha de constituir la masa en donde arraiga esa diada figura que se llama la felicidad de un pueblo. Escenario de propaganda social y escuela de ciudadanía quisiéramos que fuesen las Instituciones del Plan Nacional de Instalaciones [...] Que su misión no es simplemente curar el dolor y el mal. Su objetivo primero es recuperar un ser para la comunidad social.²⁰

La creación de una red de hospitales era la encarnación material de esa voluntad más social del régimen, y los edificios se presentaban como representación misma de la planificación sanitaria. A los arquitectos, se les encomendó la tarea de proporcionar la «forma» del sistema de Seguridad Social. Los proyectos que desarrollaron atendían a los programas sanitarios, pero sobre todo establecían una forma de entender la arquitectura pública, la capacidad de evolución científica y la modernidad. Los hospitales eran como cajones normalizados que mantuvieron una misma estructura hasta bien entrados los años 70. En la planificación de estos, se tuvieron en cuenta los espacios para el alojamiento de

¹⁷ Cayuela Sánchez, Salvador, *La biopolítica en la España Franquista*, Murcia, Universidad de Murcia, 2011, pp. 27-35 (tesis doctoral).

¹⁸ Jiménez Lucena, Isabel, Ruiz Somavilla M.ª José y Castellanos Guerrero, Jesús, «Un discurso sanitario para un proyecto político. La educación sanitaria en los medios de comunicación de masas durante el primer franquismo», *Asclepio*, LIV, 1 (2002), pp. 201-218.

¹⁹ Dirección de Asistencia Sanitaria e Instalaciones del Seguro de Enfermedad, *Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias...*, *op. cit.*, p. 25.

²⁰ *Ibidem*, p. 25.

las religiosas, que en la mayoría de los casos se hacían cargo de la residencia de las escuelas de ATS. Así, generalmente era a nivel del bloque quirúrgico donde se instalaron las residencias de las monjas que a la vez vigilaban a las jóvenes alumnas de enfermería.²¹

El título de Ayudante Técnico Sanitario, surgió en 1953 (con este plan ya en marcha) de la necesidad de unificar los programas formativos de las tres profesiones auxiliares sanitarias existentes hasta el momento: Practicantes, Matronas y Enfermeras en una sola titulación, el conocido ATS. Las escuelas de ATS se desarrollaron por tanto, durante con el máximo desarrollo de los valores que el régimen franquista que imponía a través de la Sección Femenina, uno de sus agentes de transmisión ideológica, postulados que coincidían con los valores tradicionalistas de la Iglesia Católica. Los conceptos de sumisión a la autoridad masculina, así como la inferioridad y dependencia femenina que implican, se trasladaron íntegramente al hospital, determinando las relaciones profesionales médico-enfermera.²² Estas pautas estaban avaladas por la legislación de la época, y reflejadas tanto en los planes de estudio como en los manuales de formación.²³

La gran mayoría de escuelas fueron femeninas, 153 del total de 194 escuelas que hubo en España, ya que hasta 1976 no hubo coeducación, la formación se segregó por sexo. El régimen disciplinario de las escuelas femeninas era en internado obligatorio, con una dedicación de 24 horas a su formación de práctica hospitalaria, mientras que los estudiantes masculinos tenían unas prácticas laxas y orientadas a las áreas extra-hospitalaria.²⁴ La formación en las Escuelas de ATS, estaban adscritas oficialmente a las Facultades de Medicina, pero solamente 14 en toda España se ubicaron en las Facultades, el resto 180 dependieron de otras

²¹ Pieltáin Álvarez-Arenas, Alberto, *Los Hospitales de Franco. La versión autóctona de una arquitectura moderna*, Madrid, Universidad Politécnica de Madrid, 2003, pp. 123-124 (tesis doctoral).

²² Almansa Martínez, Pilar, «La formación enfermera desde la Sección Femenina», *Enfermería Global*, 4 (2), (2005) Disponible en: <<https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/124083/1/La%20formacion%20enfermera%20desde%20la%20seccion%20femenina.pdf>> [consultado 16/04/2017].

²³ Zagalaz Sanchez, Mª Luisa, «La educación física durante el franquismo. La sección femenina», *Educación física y deporte*, 65, (2001), pp. 6-16.

²⁴ Germán Bes, Concepción, Martínez Santos, Yolanda y Becerril Ramírez, Natalia, «La convalidación de las enfermeras por ATS en 1978: El final de una marginación» en Fernández Fernández, M.ª L., García Martínez, A. C. y García Martínez, M. J. (coords.), *Un siglo cuidando a la sociedad. Centenario del reconocimiento oficial de la enfermería en España*, Santander, Colegio de Enfermería de Cantabria, 2015, pp. 415-420.

entidades que las promocionaron, privadas y públicas; entre estos últimos, 61 correspondieron a los hospitales del INP.

En Aragón se construyeron además de ambulatorios, tres Residencias Sanitarias, una en cada provincia. Fernando García Mercadal fue el arquitecto encargado de dar forma a la nueva sanidad aragonesa. Estuvo contratado por el INP de 1947 y hasta 1969, para proyectar los hospitales aragoneses entre otros trabajos.

El Hospital de Teruel, conocido en la población, como «la Residencia», es el segundo más antiguo del país en cuanto a su construcción por el Instituto Nacional de Previsión. Fue proyectado y edificado entre 1949 y 1952, e inaugurado en 1953 con una capacidad para 180 camas.

La escuela de ATS de Teruel se creó con el fin de responder a la demanda de estudios y empleo de los profesionales. A instancia del entonces Director Provincial de la Seguridad Social Dr. José Castaño Rue, quien era también Director del Hospital. Y así en octubre de 1970 y en la tercera planta del hospital se inició esta andadura con diez alumnas en régimen de internado. Al año siguiente comenzaron las obras de la Nueva Escuela como edificio anejo a la Residencia Sanitaria, y dentro del mismo recinto. En las 7 promociones de la escuela se formaron como ATS 184 alumnas.

En 1955 se inauguró en la ciudad de Zaragoza el nuevo hospital de la Seguridad Social: la Residencia Sanitaria «José Antonio Primo de Rivera», conocido popularmente como «La Casa Grande». En 1971 se realizó la primera ampliación, llegando a alcanzar una capacidad de 1400 camas. En este momento pasó a denominarse «Ciudad Sanitaria José Antonio». En esta reforma ya fue tenida en cuenta la residencia para las estudiantes de ATS y en 1972 se abrió la escuela que contó con 6 promociones y en la que se formaron 267 alumnas, en régimen de internado obligatorio. El director de la escuela fue el Dr. Ucar, jefe del área de Traumatología, lugar donde se asentó la escuela.

Como en las otras dos provincias, Huesca capital tuvo su Residencia Sanitaria, la llamada «San Jorge». Fue inaugurada oficialmente el 14 de noviembre de 1967. La escuela de ATS de Huesca se aprobó dos años después de la apertura del hospital en 1969. El director del centro, el Dr. Marcos Sanz Matesanz, asumió también la dirección de la escuela.

En las tres escuelas los encargados de la docencia teórica fueron médicos especialistas que trabajaban en el centro, designados por el director del hospital. Las monitoras se encargaban del cumplimiento de las normas y la disciplina, a la vez que organizaban los turnos de trabajo en las salas de hospitalización y los compaginaban con las clases teóricas.

Había una Directora de la Escuela y una Secretaria. Entonces estábamos internas y eran las monitoras las encargadas de vigilarnos y decirnos donde teníamos que ir a hacer las prácticas [...] Los profesores médicos, todo hombres ninguna mujer (Inf.11-H).

Las estrictas normas hacían que los castigos consistiesen en más prácticas, restringiendo las salidas de la escuela.

La disciplina era muy estricta con los horarios, con las jornadas, con todo. Con el respeto a los médicos, con esa enorme distancia que nos han puesto siempre. Era una cosa muy normal para la época (Inf.5-Z).

La formación práctica se adquiría de las monjas, practicantes o las alumnas de cursos superiores.

Entonces en las plantas las responsables siempre era la estudiante de tercero y las de primero éramos como las auxiliares de las plantas. Entonces siempre aprendíamos de unas a otras en las plantas, tú ibas y te fijabas en la de segundo, la de segundo en la de tercero y así era como aprendíamos a trabajar con los pacientes (Inf.7-T).

PARA CONCLUIR

Las mejoras legislativas de protección social y sanitaria en el siglo XX, originaron unas nuevas necesidades asistenciales. Los hospitales del INP fueron la herramienta del Estado, con la que se quiso mejorar la salud de la población, a la vez que sirvieron de instrumento de educación social y profesional.

Las escuelas de ATS nacieron de la necesidad de asistencia sanitaria en los nuevos y numerosos hospitales españoles. En este punto debemos reconocer la labor llevada a cabo por las alumnas de ATS, que además de dedicar su tiempo a aprender, ocuparon puestos de trabajo de forma gratuita, lo que hizo que el Estado ahorrara una enorme cantidad de dinero, contribuyendo a realizar una gran labor social.

BIBLIOGRAFÍA

ALMANSA MARTÍNEZ, Pilar, «La formación enfermera desde la Sección Femenina», *Enfermería Global*, 4 (2), (2005). Disponible en: <<https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24083/1/La%20formacion%20enfermera%20desde%20la%20seccion%20femenina.pdf>> [consultado 16/04/2017].

BLÁZQUEZ ORNAT, Isabel, *La construcción de la profesión de Practicante en Aragón: 1857-1936*, Zaragoza, Universidad de Zaragoza, 2015 (tesis doctoral).

- CAYUELA SÁNCHEZ, Salvador, *La biopolítica en la España Franquista*, Murcia, Universidad de Murcia, 2011 (tesis doctoral).
- Dirección de Asistencia Sanitaria e Instalaciones del Seguro de Enfermedad, *Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias*, Madrid, Ministerio de Trabajo, 1953.
- DOVAL MARTÍNEZ, Rocío I., «Del Instituto Nacional de Previsión al Instituto Nacional de la Seguridad Social», en *Legislación histórica de previsión social*, Aranzadi, 2009, pp. 413-425.
- GERMÁN BES, Concepción, MARTÍNEZ SANTOS, Yolanda y BECERRIL RAMÍREZ, Natalia, «La convalecación de las enfermeras por ATS en 1978: El final de una marginación», en Fernández Fernández, M.ª L., García Martínez, A. C. y García Martínez, M. J. (coords.), *Un siglo cuidando a la sociedad. Centenario del reconocimiento oficial de la enfermería en España*, Santander, Colegio de Enfermería de Cantabria, 2015, pp. 415-420.
- JIMÉNEZ LUCENA, Isabel, RUIZ SOMAVILLA, M.ª José y CASTELLANOS GUERRERO, Jesús, «Un discurso sanitario para un proyecto político. La educación sanitaria en los medios de comunicación de masas durante el primer franquismo», *Asclepio*, LIV, 1 (2002), pp. 201-218.
- MARTÍNEZ SANTOS, Yolanda, *Las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios en España 1953-1980. Historia de las Escuelas del Distrito Universitario de Zaragoza*, Zaragoza, Universidad de Zaragoza, 2017 (tesis doctoral).
- MIGUEL, Jesús M. de, «El capital humano en la formación», en *La Reforma Sanitaria en España*, Madrid, Editorial Cambio 16, 1976.