

IV CICLO DE CONFERENCIAS

ANÁLISIS DE LA MUJER FUERA DEL
EUROCENTRISMO, ANÁLISIS DE OTROS
MODELOS HISTÓRICO, CULTURALES Y
RELIGIOSOS



DIRIGIDAS POR MANUEL ESPINAR MORENO

Coordinadores: Manuel ESPINAR MORENO, Eduardo
Manuel ORTEGA MARTÍN Y LUCÍA POU SABATÉ

LIBROSEPCCM

GRANADA, 2024

IV CICLO DE CONFERENCIAS

ANÁLISIS DE LA MUJER FUERA DEL EUROCENTRISMO, ANÁLISIS DE OTROS MODELOS HISTÓRICO, CULTURALES Y RELIGIOSOS



DIRIGIDAS POR MANUEL ESPINAR MORENO

Coordinadores: Manuel ESPINAR MORENO, Eduardo
Manuel ORTEGA MARTÍN Y LUCÍA POU SABATÉ

LIBROSEPCCM

GRANADA, 2024

ANÁLISIS DE LA MUJER FUERA DEL EUROCENTRISMO, ANÁLISIS DE OTROS MODELOS HISTÓRICO, CULTURALES Y RELIGIOSOS



DIRIGIDAS POR MANUEL ESPINAR MORENO

Coordinadores: Manuel ESPINAR MORENO, Eduardo Manuel ORTEGA MARTÍN Y Lluçia POU SABATÉ



HUM-165: Patrimonio, Cultura y Ciencias Medievales



UNIVERSIDAD DE GRANADA



"Manuel Espinar Moreno"
Centro Documental del Manuscrito del Libro

LIBROSEPCCM

GRANADA, 2024

Editor: Manuel Espinar Moreno

©HUM-165: Patrimonio, Cultura y Ciencias Medievales

Primera edición: 2024

IV Ciclo de Conferencias. Análisis de la mujer fuera del eurocentrismo, análisis de otros modelos histórico, culturales y religiosos.

© Manuel Espinar Moreno, Eduardo Manuel Ortega Martín y Lluçia Pou Sabaté.

Diseño de cubierta: Manuel Espinar Moreno.

Motivo de cubierta: Escenas de la mujer sacadas de un códice Reg./285 de la Biblioteca Nacional de España.

Maquetación: Manuel Espinar Moreno

Anexo a la Revista: EPCCM. ISSN: 1575- 3840, ISSN: e-2341-3549 Digibug
<http://hdl.handle.net/10481/>

Edición del Grupo de Investigación HUM-165: Patrimonio, Cultura y Ciencias Medievales. Colaboración del Centro: “Manuel Espinar Moreno”, Centro Documental del Marquesado del Cenete. Departamento Historia Medieval y CCTTHH (Universidad de Granada)

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede realizarse con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos. www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.



© 2018 DOAJ.

The DOAJ site and its metadata are licensed under CC BY-SA

INDICE

Manuel ESPINAR MORENO

Introducción pp. 7-12

Nieves ACOSTA PICADO:

Las maestras en la Historia, beneficencia a través de la docencia pp. 13-40

Manuel ESPINAR MORENO

La mujer andalusí en las fuentes y la Arqueología pp. 41-92

Manuel ESPINAR MORENO

La mujer en Turquía pp. 93-142

Manuel ESPINAR MORENO

Moriscas de la villa de Zújar en 1533-1534. Cartas de dote y arras, partición de bienes y donaciones pp. 143-194

Manuel ESPINAR MORENO

Aspectos arqueológicos y de Cultura Material de la zona de Baza a través de documentos sobre moriscos pp. 195-242

José GONZALEZ DOMINGUEZ

Salud y enfermedad en la mujer de la Baja Edad Media y del Renacimiento pp. 143-264

Llucía POU SABATÉ

El servicio de la mujer en los hospitales en la Historia pp. 265-336

Eduardo Manuel ORTEGA MARTÍN

Los milagros, la magia y la cabala en la Edad Media, especial referencia a la mujer pp. 337-372

Germaine VALLVET HEIN

*Women's testamentary power in medieval Frankfurt
(XIV-XV). A case study of Women's Power in Frankfurt
Through their testaments*

pp.373-380

Introducción

En esta ocasión presentamos las cuartas conferencias que tuvieron lugar dentro del ciclo De la Edad Media al Siglo XXI: Nuevas perspectivas desde la Historia, la Cultura, y la Religión. El Ciclo se titulaba **“ANÁLISIS DE LA MUJER FUERA DEL EUROCENTRISMO, ANÁLISIS DE OTROS MODELOS HISTÓRICO, CULTURALES Y RELIGIOSOS.”**, como en anteriores ocasiones fue organizado por el Grupo de Investigación de la UGR: HUM 165: Patrimonio, Cultura y Ciencia Medievales, cuyo director responsable he sido yo. Se ha impartido en el Colegio Mayor Cardenal Cisneros de Granada. El Programa del mismo quedó de la siguiente manera:

"DE LA EDAD MEDIA AL SIGLO XXI"

4º CICLO DE CONFERENCIAS:

“ANÁLISIS DE LA MUJER FUERA DEL EUROCENTRISMO. ANÁLISIS DE OTROS MODELOS HISTÓRICO, CULTURALES Y RELIGIOSOS.”

Organizado por el grupo de investigación de la UGR HUM 165



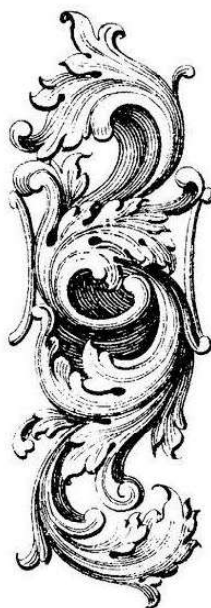
DE Febrero A Junio DE 2023

***Enviar la propuesta a los siguientes correos:**

mespinar@ugr.es

edortega63@gmail.com

PROGRAMA



I. "Teresa de Jesús y San Agustín en el contexto de la mística y de la mujer de la edad media"

D. Lucía Pou Sabaté 21 de febrero a las 19:30h.

II. La mujer en las cofradías españolas en la Edad Moderna.

D. Miguel Luis López Guadalupe 6 de marzo a las 19:30h.

III. La mujer andalusí en las fuentes y en la arqueología

D. Manuel Espinar Moreno Fecha: 21 de marzo a las 19:30h.

IV. EL SACRIFICIO DE LA ENUNCIACIÓN (La indecible Pasión en la mística cristiana tardo medieval: Libro de las revelaciones de Juliana de Norwich)

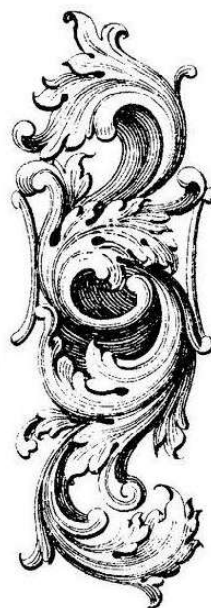
D. Javier Delgado 28 de marzo a las 19:30h.

V. Mujer y conciencia, del siglo XX al siglo XXI

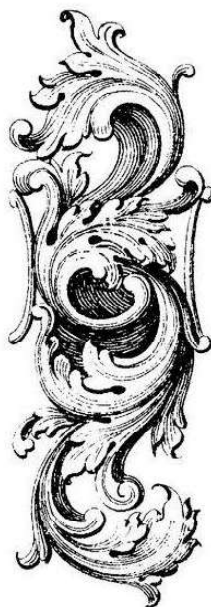
D^a. Nieves Acosta Picado 11 de abril a las 19:30h.



*Lugar: Colegio Mayor Cisneros.
Se retransmite online y presencial.*



PROGRAMA



VI. Las heterodoxias medievales: La mujer en la magia, alquimia y cábala medievales.

D. Eduardo M. Ortega Martín 25 de abril a las 19:30h.

VII. La mujer musulmana en la Edad Media.

D. Manuel Espinar Moreno 9 de mayo a las 19:30h.

IX. Las mujeres en el Hospital de las Cinco Llagas de Sevilla

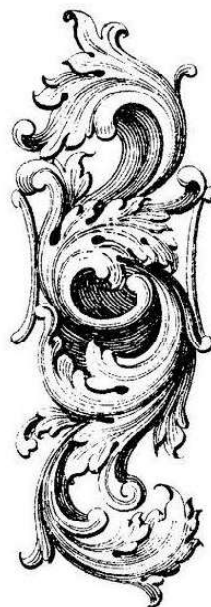
D^a María del Carmen Calderón Berrocal. 23 de mayo a las 19:30h.

X. La mujer cristiana de la tardo antigüedad a la Edad Media.

D^a. Purificación Ubric 6 de Junio a las 20:00h.



*Lugar: Colegio Mayor Cisneros.
Se retransmite online y presencial.*



Ha contado con la participación de otras entidades como la universidad de Granada, la Academia Andaluza de la Historia: Ortiz de Zuñiga, No8Do, Ayuntamiento de Sevilla: Igualdad participación ciudadana y coordinación de distritos, el Centro

Cívico Hogar San Fernando, el Colegio mayor Cardenal Cisneros y el Centro: Manuel Espinar. Centro de Documentación del Marquesado del Cenete.

La primera de las conferencias tuvo lugar el 21 de Febrero a las 19:30, siendo presencial y también on-line, impartida por el prof. Lluçia Pou Sabaté, cuyo título fue:

I "Teresa de Jesús y San Agustín en el contexto de la mística y de la mujer de la Edad Media". D. D. Lluçia Pou Sabaté

II. La mujer en las cofradías españolas en la Edad Moderna. D. Miguel Luis López Guadalupe 6 de marzo a las 19:30h.

III. La mujer andalusí en las fuentes y en la arqueología. D. Manuel Espinar Moreno Fecha: 21 de marzo a las 19:30h.

IV. EL SACRIFICIO DE LA ENUNCIACIÓN (La indecible Pasión en la mística cristiana tardo medieval: Libro de las revelaciones de Juliana de Norwich) D. Javier Delgado 28 de marzo a las 19:30h.

V. Mujer y conciencia, del siglo XX al siglo XXI. D^a. Nieves Acosta Picado 11 de abril a las 19:30h.

VI. Las heterodoxias medievales: La mujer en la magia, alquimia y cábala medievales. D. Eduardo M. Ortega Martín 25 de abril a las 19:30h.

VII. La mujer musulmana en la Edad Media. D. Manuel Espinar Moreno 9 de mayo a las 19:30h.

IX. Las mujeres en el Hospital de las Cinco Llagas de Sevilla. D^a María del Carmen Calderón Berrocal. 23 de mayo a las 19:30h.

X. La mujer cristiana de la tardo antigüedad a la Edad Media. D^a. Purificación Ubricó de Junio a las 20:00h.

En los trabajos que vamos a incluir en este libro no siempre se ha respetado este orden, pues algunos de los autores no nos han enviado su conferencia, otros han aportado trabajos que aunque relacionados con lo que dieron a conocer han ampliado temática, y en otros casos, algunos de los alumnos o seguidores, nos han enviado estudios sobre la mujer. El caso es que hemos decidido incorporar estos a nuestra recopilación dado que el tema de la mujer era el objeto de aquel ciclo de

conferencias. Por todo ello, espero que los trabajos incorporados en este volumen sea lo suficientemente atractivo para que el conocimiento de la mujer en los diversos ordenes de la vida sea una de las líneas de investigación de los autores que ya se dedican a ello, y abran nuevas vías de investigación a jóvenes investigadores. Con este ciclo de conferencias creo que ya hemos dado a conocer la extensa problemática que hay que abordar si queremos tener un conocimiento del género femenino en el mundo medieval. Somos conscientes que se necesita otro ciclo para ver la mujer de Europa en general con sociedades mediterráneas y en especial las nórdicas o rusas. A ello había que añadir las de otros continentes como el africano, asiático y americano a lo largo de la historia.

En las páginas que siguen hemos recogido los materiales que hasta el momento nos han enviado tanto profesores como alumnos, estos se han ordenado por autores con lo que podemos decir que el resultado de estos trabajos hasta hoy es el siguiente:

EL SERVICIO DE LA MUJER EN LOS HOSPITALES EN LA HISTORIA

Llucià POU SABATÉ¹

Beneficencia es nombre femenino, como misericordia, y es que la mujer ha tenido siempre compasión y ha dirigido su atención hacia las obras de misericordia, de las pocas cosas que pudo ejercer fuera del ámbito privado de la familia.

Antes de comenzar, es importante distinguir dos ámbitos claramente diferenciados en el cuidado de las personas enfermas y dependientes: el ámbito profesional y el domiciliario². Dos ámbitos muy diferentes y con ciertas paradojas. Es claro que el cuidado del enfermo en el hogar ha sido y sigue siendo una tarea asumida mayoritariamente por la mujer. Por el contrario, la asistencia profesional de los enfermos por parte de las mujeres ha sido una realidad constante pero minoritaria y una difícil conquista apenas integrada pacíficamente en la cultura en los últimos decenios del siglo XX. Sin embargo, la mayor parte de la atención política, económica y sanitaria ha estado centrada en el ámbito profesional del cuidado del enfermo; mientras tanto, la atención domiciliaria, altruista, callada, solidaria y constante apenas ha comenzado a tenerse en cuenta en algunos sistemas sanitarios. Se estima que el cuidado profesional de la salud supone un 12% del total del tiempo dedicado anualmente, mientras que el 88% restante lo emplean los familiares o cuidadores más cercanos³. Pero, paradójicamente, el eje de la asistencia sanitaria y social lo siguen constituyendo los profesionales y los cuidados ofrecidos en instituciones sanitarias, ámbito en el que se invierten la gran mayoría de los recursos económicos destinados a la salud. Visibilizar y sistematizar una realidad escondida en el interior de tantos hogares, al mismo tiempo que hacer un subrayado al logro común –de varones y de mujeres– que ha supuesto la incorporación de la mujer al ámbito profesional de las ciencias bio-sanitarias. Sin duda, éstas se han visto enriquecidas por la presencia de la mujer y el modo que ellas tienen de comprender la salud y su cuidado. Esperemos que también el cuidado

¹ Profesor Universidad Internacional de la Rioja, luciano.pou@unir.net)

²Hernández, A. «El trabajo no remunerado de cuidado de la salud: naturalización e inequidad». Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2009; 8(17), 175.

³ Durán, M. A. «Las demandas sanitarias de las familias». Gaceta Sanitaria. 2004; 18(1): 196.

domiciliario de las personas más vulnerables pueda verse igualmente enriquecido por la progresiva incorporación del varón a estas tareas, en una proporción mayor a la que ya, de hecho, está haciendo.

Desde la antigüedad, la mujer ha trabajado en el campo, tanto la arqueología como la literatura nos muestran a la mujer cultivando, además de los trabajos de interior, las aves y animales domésticos que tenían en casa, y los campos que solían estar también cerca del hogar. El hombre es más dado a viajar en sus comercios, cazar, etc. La mujer también ayudará en el comercio local del mercado, para vender sus productos del campo y manufacturados. La casa se convierte en el centro de aprendizaje profesional, y la mujer desempeña el oficio de educadora por excelencia. De manera que ha vinculado a la mujer a toda vida vulnerable, enferma, en riesgo, dependiente.

1. La mujer al cuidado de la vida y de la salud

El acceso de la mujer a la profesión médica ha sido una conquista en la cultura occidental del último siglo. La incorporación de la mujer a la Medicina ha pasado de ser casi anecdótica en la primera mitad del siglo, a ser mayoritaria en nuestros días. En 2016, el 70,71% de los estudiantes de todas las disciplinas que conforman las Ciencias de la Salud en España eran mujeres⁴. Si miramos el número de colegiados, la incorporación de la mujer a la profesión médica es también un hecho más que patente, pues ha pasado de ser el 1,06% de los colegiados en España en 1955 al 49,11% en 2015⁵.

El caso de los cuidados enfermeros es muy diferente. La profesionalización de la enfermería para la mujer se llevó a cabo en el pasado siglo, siendo una profesión prioritariamente femenina desde entonces hasta nuestros días. Los datos en España

⁴ Tomado del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. 2016.[Publicación en línea] <http://www.mecd.gob.es/educacion-mecd/areas-educacion/universidades/estadisticas-informes/estadisticas/alumnado/2015-2016_Av/Grado-y-Ciclo.html> [Consulta: 7/03/2017]

⁵ INE. 2016. [Publicación en línea] <<http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p416/a2015/l0/&file=s01002.px>> [Consulta: 7/03/2017]

son llamativos: las mujeres enfermeras son un 84,24% del total en 2015; y cuando se trata de colegiados con título de matrona, llega a alcanzar en ese mismo año el 94,04%⁶.

Pero no cualquier modo de ejercicio de la profesión médica es objeto de atención preferencial de la mujer. Un estudio evidenció que las especialidades más demandadas por las mujeres eran Pediatría (19,5%), Cardiología (8,9%) y Obstetricia y Ginecología (8,6%)⁷. Opciones muy diferentes a las de los varones al preferir Medicina Interna (12,6%) o Cirugía General (6,2%). Y la diferencia va más allá. Se ha cuantificado que las médicas de atención primaria dedican un 10% más de tiempo en la consulta que sus compañeros varones⁸ o tienen una mayor predisposición a ofrecer consejos preventivos⁹. Las ginecólogas también dedican más tiempo a la educación en la prevención de enfermedades de transmisión sexual¹⁰ o practican menos cesáreas que los ginecólogos¹¹.

Y algo parecido ocurre en la profesión enfermera. Un estudio realizado en el ámbito de la medicina intensiva puso de manifiesto importantes diferencias¹². Los enfermeros valoran más la independencia y la autonomía que se alcanza por medio

⁶ INE. 2016. [Publicación en línea] <<http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p416/a2015/10/&file=s08002.px>> [Consulta:7/03/2017]

⁷ Estudio realizado Barcelona en octubre de 2010 con 538 estudiantes de todos los cursos de medicina que asistieron a clase los días de la encuesta. En: Mena, G. et al. «Formación sanitaria especializada: preferencias y percepciones de los estudiantes de medicina». Medicina Clínica. 2013; 140(3); 135-138.

⁸ Roter, D. L., Hall, J. A., Aoki, Y. «Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review». JAMA. 2002; 288,756-764.

⁹ Franks, P., Bertakis, K. D. «Physician gender, patient gender, and primary care». Journal of Women's Health. 2003; 12: 73-80.

¹⁰ Maheux, B., Haley, N., Rivard, M., Gervais, A. «Do women physicians do more STD prevention than men? Quebec study of recently trained family physicians». Canadian Family Physician. 1997;43, 1089-1095.

¹¹ Mitler, L. K., Rizzo, J. A., Horwit, S. M. «Physician gender and cesarean sections». Journal of Clinical Epidemiology. 2005; 3,1030-1035.

¹² Mitler, L. K., Rizzo, J. A., Horwit, S. M. «Physician gender and cesarean sections». Journal of Clinical Epidemiology. 2005; 3,1030-1035.

de un mayor dominio y nivel de conocimientos, lo que les reporta mayor competencia profesional y reconocimiento de su profesión que repercute en la calidad de la asistencia. Sin embargo, las enfermeras destacan más la importancia de la atención, la vigilancia, la seguridad y la protección, teniendo en cuenta –por supuesto– la competencia, pero sin otorgarle mayor relevancia. Sin embargo, en las encuestas de satisfacción de los enfermos y familiares suele valorarse más la calidad de la atención, el hecho de sentirse seguros, la relación de confianza, y no tanto la información sobre el proceso y la tecnología. Es lo que habitualmente más preocupa a las enfermeras, al incorporar más la valoración de la calidad asistencial que la toma de decisiones o el nivel de conocimientos.

Parece que, efectivamente, el cuidado profesional de los enfermos y vulnerables es diferente en la mujer respecto del varón en sus focos de interés, en sus motivaciones, en sus modos de ejercerlo e incluso en los factores determinantes de sus decisiones.

La mujer al cuidado de la salud en el hogar

Pero el papel fundamental de la mujer al cuidado de la vida más vulnerable no se juega en su ejercicio profesional remunerado. La mujer ha sido, es y previsiblemente seguirá siendo quien cuide de los niños, los ancianos, los enfermos y las personas con discapacidad en los hogares. En España, el perfil del cuidador de personas mayores dependientes es: mujer de 57 años, casada, hija o cónyuge de la persona cuidada, con la cual vive, con bajo nivel de estudios y poca actividad laboral, y con dedicación prácticamente exclusiva al hogar y al cuidado¹³. Las cifras hablan solas: las mujeres suponen el 60% de los cuidadores principales de personas mayores, del 75% de las personas con alguna discapacidad y del 92% de quienes precisan cualquier tipo de atención y cuidado¹⁴.

¹³ Via, G., Sanjuán, M., Martínez, et al. «Identidad de género y cuidados intensivos: influencia de la masculinidad y la feminidad en la percepción de los cuidados enfermeros». *Enfermería Intensiva*. 2010; 21(3): 110-111.

¹⁴ Bover-Bover, A. «El impacto de cuidar en el bienestar percibido por mujeres y varones de mediana edad: una perspectiva de género». *Enfermería Clínica*. 2006; 16(2): 69-76; el 20,7% de los adultos españoles convive con algún familiar mayor al que cuida prestándole los cuidados necesarios para la vida diaria, pero con una diferencia importante: mientras que el 24,5% de las mujeres prestan esos cuidados, sólo el 16,6% de los varones lo hace. En: García-Calvente, M. M., y cols., op. cit. 268

En las mujeres, se observan unos valores especialmente significativos respecto a los señalados por los cuidadores varones. Existe en nuestro medio una experiencia generalizada –tanto en mujeres como en varones– de satisfacción por el deber cumplido. Se entiende que la familia es el ámbito “natural” para el cuidado de las personas dependientes, por lo que se genera una obligación moral inherente que debe asumirse de forma responsable. A ello se le suman en la mujer cuidadora los valores integrados como propios del cuidado femenino: el sacrificio y la entrega que se expresan con una mayor calidad emocional, frente a un cuidado menos emocional pero más práctico y solidario en los cuidadores varones¹⁵. Los cuidados que prestan las mujeres son, en general, más continuos y extenuantes respecto a los realizados por los varones¹⁶. Ellas trabajan más horas en el cuidado, se dedican a los cuidados más íntimos e integran estas tareas con otras responsabilidades familiares.

Pero todo esto tiene un precio vital. En un estudio realizado con más de mil cuidadores en Andalucía se pusieron de manifiesto las graves consecuencias que la entrega continuada al cuidado de la salud de los seres queridos enfermos o con alguna discapacidad tiene sobre las mujeres¹⁷: las cuidadoras mencionaban problemas de depresión o ansiedad en un 22%, de irritabilidad o tensión en un 23%, se sentían tristes y agotadas en un 32%; en más de 60% se aprecian problemas físicos crónicos, más frecuentemente invalidantes de tipo articular o circulatorio; y, a nivel laboral, se asume que el hecho de ser cuidadora principal ha condicionado en un 35% de ellas la exclusión definitiva del mercado laboral y en un 43% la exclusión temporal.

Efectivamente, la mujer es la clave de bóveda sobre la que sostener, en la mayoría de las ocasiones, un sistema deficitario de salud: deficitario a la hora de llegar a todos los que necesitan atención profesional y cuidados, y deficitario también en humanidad.

85-86.

¹⁵ Bover-Bover, A., op. cit. 70.

¹⁶ Armstrong, P. “Las mujeres, el trabajo y el cuidado de los demás en el actual milenio”. En: Organización Panamericana de la Salud, La economía invisible y las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado, OPS, Washington, 2008, 196.

¹⁷ García-Calvente, M. M., y cols., op. cit. 87-89.

La mujer y la ética del cuidado

La ausencia de datos referentes a las mujeres significa que no los hay, o que ni siquiera los hombres tuvieron atención hacia la labor de las mujeres. Esto nos indica que hemos de ver su labor en la literatura, tragedias griegas (Antígona, Penélope), literatura medieval (el amor platónico trovadoresco, o el sensual Romance de la Rose, y más tarde las novelas de caballería o los dramas de Shakespeare, hasta la novela realista de Galdós, Stendhal y otros). La mujer ha sido la fuente de inspiración desde el Cantar de los cantares o Las mil y una noches, pero no ha sido la protagonista aunque ha tenido papel de heroína desde Esther y Judith, pero esta consideración ha ido hacia las obras “varoniles” de fuerza, no las de la ética del cuidado que hasta hace poco no se han valorado en la filosofía oficial¹⁸. Se ha estudiado algo la fuente de inspiración de los grandes hombres “detrás de un gran hombre hay una gran mujer”, pero esta suele estar en la invisibilidad a menos que haya sido una reina o mecenas. Las viudas han podido dedicarse a la ética del cuidado pues han valorado la herencia del marido para obras de misericordia. También en vida, muchas mujeres han ayudado en beneficencia a espaldas o a sabiendas del marido. Una gran parte de la tradición filosófica es de que la mujer es ayuda al marido que tiene el protagonismo¹⁹. Aunque Agustín siguiendo la

¹⁸ O’Neill trata el problema de la desaparición de los textos de las mujeres, fuera por la autoría anónima, común en su tiempo, o porque se consideraba que sus puntos de vista o sus motivaciones para elaborar argumentos que no eran relevantes ni propiamente filosóficos. Todo ello llevó a que no se les considerara ni considere como influyentes en la historia de la filosofía, en palabras de O’Neill: “En mi conocimiento, nadie ha escrito todavía una historia de la filosofía general de la modernidad temprana en la que argumente que algunas mujeres merecen un lugar predominantemente importante sea por el sustancial trabajo que hicieron al participar en los debates de su tiempo o porque su trabajo, nos ha movido al lugar donde estamos ahora” (O’Neill Eileen. 1998. “Disappearing Ink: Early Modern Women Philosophers and Their Fate in History”. En *Philosophy in a Feminist Voice: Critiques and reconstructions*. Princeton: Princeton University Press. p. 20): <https://www.comesco.com/ciencias-sociales-agenda-nacional/cs/article/view/223/792#:~:text=La%20%C3%A9tica%20del%20cuidado%2C%20sigue,para%20los%20humanos%20en%20general>.

¹⁹ Dice Okin Moller Susan. 1989. *Justice, Gender and the Family*. New York: Basic Books (Women in Western Political Thought en Okin Moller Susan, 1989), grandes filósofos occidentales les han dado a las mujeres lo que ella llama, un ‘trato funcionalista’. Es decir, se le asigna prioridad ética a los intereses de los hombres argumentando que el papel de las mujeres es el de apoyar a los varones en sus proyectos. Aquí podríamos encontrar a Aristóteles que afirmaba que la esposa debe obedecer a su esposo porque él ha pagado un precio elevado por ella; Tomás de Aquino consideraba que la

Biblia habla de la radical igualdad de mujer y varón, también intelectual, como Hildegarda y otras muchas como Teresa de Jesús, mucha tradición filosófica no piensa así²⁰.

Se habla de un racionalismo moral (Lawrence A. Blum y las virtudes morales ‘femeninas’)²¹ con cualidades definidas de un hombre moralmente admirable incluyen: “racionalidad, autocontrol, fuerza de voluntad, consistencia, actuar por principios universales, adherencia al deber y la obligación”²², contrapuesto a aspectos emocionales (simpatía, compasión, bondad, el cuidado de los otros, la preocupación humana y la respuesta emocional). La racionalidad está por encima de ellos (inteligencia y voluntad, dejando el amor de lado, el fuego que cultiva la mujer, que debería entrar por la puerta de delante). Para Kant la mujer tiene: el encanto, la docilidad, una tendencia a la belleza, preocupación por la apariencia. Para Hegel, las cualidades se relacionan con aquellas que se conectan con su rol en la familia, como amor y piedad, virtudes fundamentadas en las emociones. Kant ve a la mujer como ‘generalmente incapaz de un pensamiento profundo y una actividad moral sostenida’, Hegel la ve como quien expresa la naturaleza ética de la familia y el matrimonio, esposa y madre: inmediatez y de sentimientos. El varón trasciende

mujer fue creada para ayudar al hombre pero sólo en la procreación, pues para cualquier otra cosa sería mejor pedir ayuda de un varón; Rousseau, que afirma que la mujer fue creada para complacer al hombre.

²⁰ La justificación de que las mujeres eran instrumentales para los hombres era que en algún sentido las primeras eran menos humanas o menos perfectas que los segundos. Incluso, hubo quien sostuvo que las mujeres eran incapaces de alcanzar la perfección moral de ellos. Por ejemplo: Aristóteles, argumentaba que la templanza, el valor y la justicia de las mujeres era distinto e inferior que el de los hombres; Rousseau que el mérito de las mujeres consiste en ostentar virtudes femeninas como la obediencia, el silencio y la fidelidad; y Kant quien creía que la virtud de la mujer era ‘bella’, frente a la del varón, que era ‘noble’. Y piensan que es menos inteligente, entre ellos: Aristóteles, Tomás de Aquino, Rousseau, Kant, Hegel y Nietzsche (Jaggar Alison M., 2014, p. 9).

²¹ Blum A. Lawrence. 1982. “Kant’s and Hegel’s Moral Rationalism: A Feminist Perspective”. *Canadian Journal of Philosophy* No. 2 Vol. XII (junio). En su texto *Kant’s and Hegel’s Moral Rationalism: A Feminist Perspective* Lawrence A. Blum, utiliza a estos dos filósofos para ejemplificar diferentes versiones de una orientación general en la filosofía que llama ‘racionalismo moral’.

²² Blum A. Lawrence, 1982, cit., p. 207-288. George W. F. Hegel. 2000. *Rasgos fundamentales de la filosofía del derecho: o compendio de derecho natural y ciencia del estado*. Madrid: Biblioteca nueva. Held Virginia. 1998. “Ethics Feminist Reconceptualizations in Ethics”. En *Philosophy in a Feminist Voice: Critiques and Reconstructions*. Princeton: Princeton University Press. Immanuel Kant. 1991. *Antropología en sentido pragmático*. Madrid: Alianza.

esto: es parte de una forma mayor de autorrealización, universal y racional que la de la mujer, participando en el trabajo en la sociedad civil y en la esfera pública. Valores como la obediencia, la docilidad, encanto y complacencia son enfatizadas por Kant como propiamente femeninas; la mujer debe ser subordinada al varón: “Para la unidad e indisolubilidad de una unión no es suficiente la coincidencia caprichosa de dos personas; una de las partes tenía que estar sometida a la otra, y recíprocamente, una ser superior a la otra, para poder dominarla o regirla”²³. Es una forma de justificación de la injusta situación social de la mujer. Viene de Dios, viene de la naturaleza, etc., p. ej., modestia, como la virtud de no atribuirse atención por los logros propios, aunque primero habría que alcanzarlos, cuestión bastante restringida para las mujeres contemporáneas al filósofo. Y ahora se está dudando de que haya esta distinción tan clara, pues se pasó a decir que hay mujeres con “modos de pensar masculinos”, siguiendo este sistema machista, y ahora vemos que aunque hay comedias como “mujeres al borde de un ataque de nervios” de Almodóvar, otras son como Margaret Thatcher. Mi abuelo tenía una ternura que daba a su primera hija, mi madre, que luego le faltó a su segunda hija en los 4 años que estuvo en la guerra civil española. En muchas familias, es el padre el que da ternura y así María Zambrano recuerda el mirar juntos, con la cabeza pegada a la de su padre. En el yin yang se habla de esa parte suave y parte dura, que las creencias limitativas han atribuido al hombre o la mujer de manera exclusiva. El ‘racionalismo moral’ dominado por los varones pone en el centro del esquema las virtudes de carácter que pueden verse como masculinas: racionalidad, fuerza o voluntad, universalidad, y son vistas como femeninas la empatía, compasión, preocupación por los otros, bondad, apoyo emocional y el cuidado; son asignadas

²³ Immanuel Kant. 1991. Antropología en sentido pragmático. Madrid: Alianza, p.253. Al respecto Luisa Posada Kubissa en su artículo “Kant y la superioridad natural masculina y el feminismo filosófico”(Posada Kubissa Luisa. 2016. “Kant, la superioridad natural masculina y el feminismo filosófico”. En Kant en nuestro tiempo. Las realidades en que habitamos. Madrid: Biblioteca nueva. Y en p. 288 cita un extracto de La metafísica de las costumbres en la que al tratar el derecho natural habla de la ‘superioridad natural’ masculina sobre la femenina: “Si la cuestión consiste en saber si también se opone a la igualdad de los casos como tales que la ley diga del varón en relación con la mujer: él debe ser tu señor (él la parte que manda, ella la que obedece), no puede pensarse que esta ley está en conflicto con la igualdad natural de una pareja humana, si a la base de esta dominación se encuentra solo la superioridad natural de la capacidad del varón sobre la mujer a la hora de llevar a cabo el interés común (de la casa) y el derecho al mando, fundado en ella; cosa que puede derivarse , por tanto, incluso del deber de la unidad y la igualdad con vistas al fin.” (Immanuel Kant, 2005, Metafísica de las costumbres. 4a ed. Madrid).

socialmente y arbitrariamente.

La ética del cuidado, introducción de una perspectiva de la mujer.

Desde que la humanidad tiene conciencia de sí misma y recoge su propia historia compartida, puede constatarse una realidad que trasciende a la geografía y a la cultura: allí donde hay dolor, enfermedad y sufrimiento, ha habido, hay y seguirá habiendo previsiblemente una mujer preocupada y ocupada en su cuidado y bienestar. La relación de la mujer con la vida y su cuidado, desde su misma concepción hasta la muerte, parece presentarse como una suerte de simbiosis capaz de dar esperanza y salud a unos e identidad y gratificación a otras. Así lo ha mostrado la historia, con figuras femeninas que han encarnado la esperanza de los enfermos, con mujeres que han atendido sistemáticamente a otras mujeres en el momento de dar vida, con más mujeres consagradas al cuidado no remunerado de enfermos, ya sea en el ámbito privado del hogar o en las múltiples instituciones y obras de caridad para con los más pobres y necesitados y, finalmente, con mujeres que se han esforzado por formarse profesionalmente con los mejores medios a su alcance. Cuidar la vida más vulnerable ha sido tarea sobre todo femenina en la historia: solidaridad, la contextualización, los afectos, la promoción del individuo o la colaboración no se privilegien en las relaciones humanas. La «ética de la justicia» frente a una «ética del cuidado». La mujer siempre ha estado presente de manera significativa en el cuidado de la vida vulnerable. Su figura ha sido fuente de esperanza para los desesperanzados en figuras femeninas como diosas de la salud o protectoras de muchas enfermedades o de trances importantes en la vida del ser humano. También han sido mujeres las que se han dedicado casi en exclusiva a la atención de la salud de otras mujeres y de quienes no podían pagar un médico. Y, finalmente, tampoco han faltado nunca mujeres que se han formado para poder servir desde lo mejor que los conocimientos médicos de su época y cultura podían ofrecer, si bien de forma minoritaria.

El regazo materno es puerto seguro para el descanso del guerrero, para cuando el hombre, que cuida el patrimonio, va a casa, donde la mujer cuida del matrimonio (oficio de madre), donde está el fuego del hogar. Y aunque en filosofía y otras ciencias se piensa que lo importante está en una inteligencia lógica o apta para la guerra o los negocios, y una voluntad que se llama fortaleza y que se dirige hacia la

guerra, luego a nivel no oficial pero real, lo importante de la persona no es tanto cultivar solamente esas potencias espirituales de inteligencia y voluntad, sino sobre todo amar y sentirse amados. Y esto se realiza en el seno del hogar, y si la mujer no tiene capacidad de gestión pública en muchos casos, y de abanderar esas victorias militares o de diversas ciencias, en ese segundo plano y en su estado de invisibilidad, ella mantiene ese fuego vital, mientras atiende todo lo que incumbe a la cotidianidad de una madre de familia: la cocina, los cuidados de la casa, el manejo del hilo, las agujas, la lana, los tejidos²⁴.

²⁴ Virginia Held afirma que la división entre emociones y racionalidad ha sido un tema recurrente en la filosofía. La noción de razón controlando las emociones y las pasiones tiene una larga influencia en la historia de los filósofos y no filósofos (Cfr. Held Virginia. 1998. "Ethics Feminist Reconceptualizations in Ethics". En *Philosophy in a Feminist Voice: Critiques and Reconstructions*. Princeton: Princeton University Press, p. 93). La empatía, ser sensibles para con los otros resultan ser valores morales importantes que no han de ser asociados a un género determinado ni por ello menospreciados. El intento por desaparecer estos sesgos de la teoría moral, y las preconcepciones que vienen con ellos, es importante y enriquecedor para la ética y para los humanos en general. La ética del cuidado sigue una interpretación de la moralidad donde este valor asociado a las mujeres, es un valor moral importante y ha de ser incluido en la teoría moral y no solo designado como un valor específico para las mujeres también para los humanos en general.

Nicolasa María Durán Palacio, en "La ética del cuidado: una voz diferente", DOI: 10.21501/23823410.1476 reflexiona en torno a la «ética del cuidado» a partir de las ideas de Carol Gilligan, *In a different voice*, como respuesta y complemento a la teoría del desarrollo moral de Lawrence Kohlberg, psicólogo estadounidense que había descrito seis etapas en el desarrollo moral del hombre, con una primacía de la justicia por el cumplimiento de los deberes y el ejercicio de los derechos, sostenidos en la universalidad y el respeto. Carol Gilligan, colaboradora de Kohlberg en su trabajo de investigación, hizo notar que muchas de las preocupaciones, actitudes, formas de relacionarse, empatizar o actuar de las mujeres quedaban directamente fuera del estudio. Porque la investigación se había realizado exclusivamente con varones. Ella enfoca su trabajo a partir de entrevistas a hombres y mujeres con el objeto de establecer las diferencias concretas –si es que las hubiera– a la hora de afrontar distintos conflictos morales.

Los resultados fueron claros: varones y mujeres afrontan de modos diferentes las cuestiones morales fundamentales. Ellos tienden a regir sus decisiones y comportamientos desde parámetros de imparcialidad y justicia, mientras que ellas lo hacen atendiendo al contexto desde la compasión y la empatía.

Con cierta cautela por el sesgo que esconde toda generalización, podríamos caracterizar la «ética del cuidado», más presente en el desarrollo moral de las mujeres, con los siguientes rasgos: se sostiene ante todo en el contexto, teniendo en cuenta las circunstancias concretas de cada caso más que los principios universales; entre estos principios, prioriza el conocido *primum non nocere*, entendido como evitar en todo caso hacer daño a la persona tanto por las propias acciones como por las omisiones; y, finalmente, cobra especial relevancia el sentido de la solidaridad, la colaboración y la promoción del individuo, frente a otros modelos basados en la igualdad y el respeto.

Pero ni la «ética de la justicia», por así llamarla, es privativa de varones; ni la «ética del cuidado» es de uso exclusivo de la mujer. Son dos modos de afrontar las grandes cuestiones éticas que interpelan a la vida de todo ser humano antes o después, dos modos presentes en mayor o menor

2. La mujer al cuidado de la vida y la salud en la historia

La mujer siempre ha estado presente de manera significativa en el cuidado de la

medida en varones y mujeres y que han sido valorados y tenidos en cuenta en la comprensión social de la realidad de forma muy desigual.

Pero las conclusiones a las que llegó Carol Gilligan no fueron ni mucho menos el punto final de tan difícil cuestión, sino simplemente el punto de partida para que psicólogos y psicólogas, filósofos y filósofas, varones y mujeres desde cualquier ámbito del pensamiento, abordaran estos estudios enriqueciendo en buena medida el debate. Más allá de las cuestiones metodológicas, de los interminables debates acerca de la desigualdad entre varones y mujeres, sigue estando la pregunta que nos ocupa en estas breves páginas: ¿es la voz de las mujeres realmente diferente? Linda Kerber ha criticado que en el trabajo de Gilligan se ha obviado la historicidad, no ha entrado en la construcción social del ser hombre y mujer, suponiendo directamente la diferencia de ellos en su construcción actual. Al parecer, el desarrollo de los estadios superiores de razonamiento moral está vinculado directamente a las oportunidades que se tienen para integrar diferentes roles y responsabilidades sociales, de tal forma que los roles que deben asumir varones y mujeres en una sociedad fuertemente marcada por las diferencias de género son francamente diversos, lo que constituiría un factor decisivo. Hay muchas otras autoras con estudios parecidos. Virginia Held, partiendo de una hipótesis moral: cómo pensar la construcción social si ésta se basara en una moralidad estrictamente femenina, en la que el paradigma de la economía y el poder fuera sustituido por las relaciones del tipo materno-filial. Más allá del reduccionismo de llegar a proponer un único modelo de referencia para las relaciones interpersonales y sociales, la propuesta de Virginia Held señala una realidad que trasciende la mera biología: quien gesta, amamanta, cuida, educa a un niño está transformando la realidad social, comenzando por el mismo sujeto moral que lo ejerce y por quien lo recibe, de tal forma que genera un tipo de vínculos y comportamientos constructores de la sociedad. La autora llega a afirmar que una “ética del cuidado, esencial como componente y quizá también como estructura portadora de moralidad, es insuficiente... si no se tiene en cuenta la justicia”. Sin embargo, afirma que es necesario superar la primacía de la razón sobre los sentimientos. En este mundo cambiante, son muchas las muestras culturales que indican que algo está cambiando en la cultura en este sentido y, sin duda, las décadas venideras serán testigo de este difícil y lento tránsito, pero prácticamente imparable en las sociedades occidentales. Esta última reflexión en torno a la capacidad transformadora social de las relaciones desde la ética del cuidado desarrolladas por las madres apunta hacia una propuesta ética concreta. Se trata de una propuesta que no es ni mucho menos novedosa, sino que hunde sus raíces en la ancestral respuesta que tantas mujeres a lo largo de la historia han dado al sufrimiento, al dolor, a la discapacidad, desde sus mismos inicios en sus entrañas hasta el final en sus brazos. Dicen los expertos que el 90% de la violencia en el mundo es ejercida por los varones. Independientemente de las consideraciones acerca de los mayores o menores niveles de testosterona, de la educación o la estructura patriarcal de la humanidad, conviene preguntarse si hay algo que, como seres humanos –racionales y libres, responsables y morales– podemos modificar en nuestro comportamiento y decisiones éticas, más allá de nuestro ser hombre o mujer. Las relaciones de cuidado, la mirada empática que se hace cargo de la realidad sufriente, la contextualización de los problemas en su abordaje, posiblemente no faciliten la redacción de depuradas constituciones nacionales con vocación de perpetuidad, ni pueda sostener una nueva declaración de derechos de la humanidad y para la humanidad. Pero, en todo caso, sí es un modo de enfrentar la vida y las relaciones que seguramente hará más viable y reconciliadora la vida familiar, laboral, profesional y social de todos nosotros.

vida vulnerable. Su figura ha sido fuente de esperanza para los desesperanzados en figuras femeninas como diosas de la salud o protectoras de muchas enfermedades o de trances importantes en la vida del ser humano. También han sido mujeres las que se han dedicado casi en exclusiva a la atención de la salud de otras mujeres y de quienes no podían pagar un médico. Y, finalmente, tampoco han faltado nunca mujeres que se han formado para poder servir desde lo mejor que los conocimientos médicos de su época y cultura podían ofrecer, si bien de forma minoritaria.

El regazo materno es puerto seguro para el descanso del guerrero, para cuando el hombre, que cuida el patrimonio, va a casa, donde la mujer cuida del matrimonio (oficio de madre), donde está el fuego del hogar. Y aunque en filosofía y otras ciencias se piensa que lo importante está en una inteligencia lógica o apta para la guerra o los negocios, y una voluntad que se llama fortaleza y que se dirige hacia la guerra, luego a nivel no oficial pero real, lo importante de la persona no es tanto cultivar solamente esas potencias espirituales de inteligencia y voluntad, sino sobre todo amar y sentirse amados. Y esto se realiza en el seno del hogar, y si la mujer no tiene capacidad de gestión pública en muchos casos, y de abanderar esas victorias militares o de diversas ciencias, en ese segundo plano y en su estado de invisibilidad, ella mantiene ese fuego vital, mientras atiende todo lo que incumbe a la cotidianidad de una madre de familia: la cocina, los cuidados de la casa, el manejo del hilo, las agujas, la lana, los tejidos.

En la antigüedad

La mujer ha sido siempre la paciente cuidadora de los enfermos, la que hace obras de misericordia. En la mitología griega, Antígona prefiere contravenir las leyes humanas y enterrar a su hermano Polinices aún a costa de su vida, para obedecer a los dioses. Creonte se entera de la desobediencia de Antígona y la condena a ser encerrada viva en una tumba. Durante su encierro, ella decide darse muerte a sí misma ahorcándose.

En la Biblia. La mujer que cuida a Josué en la conquista de Jericó (La rosa de Jericó). La invisibilidad que tenía la mujer, pues un poder marcadamente masculino parecía absolutamente natural en un tiempo antiguo, medieval y moderno donde los reyes han sido sobre todo hombres, y la mujer ha sido estudiada si era reina o

monja²⁵. Vemos a muchas mujeres dedicadas a la beneficencia, Sifrá y Púa son dos mujeres egipcias, parteras de profesión, encargadas de ejecutar las órdenes del monarca y consumir el infanticidio de los niños hebreos (Éxodo 1,15): serán ambas instrumento de la misericordia del Dios de Israel. Dos mujeres valientes, osadas, audaces. Capaces de poner en peligro su propia integridad física por oponerse a unas ordenes injustas, inicuas, inmorales, arbitrarias... Pero, inteligentes; justifican su desobediencia en la imposibilidad de cumplirla: «Es que las hebreas no son como las mujeres egipcias. Son más vigorosas y dan a luz antes que llegue la partera» (Éxodo 1,19). Actúan de forma ilegal (desobedecen una ley), pero justa y misericordiosa: no siempre se identifican legalidad y justicia. Su profesión (parteras) implica dar la bienvenida a la vida, ayudar a que ésta se abra camino; no sesgarla, destruirla. Ello significará la alabanza del narrador y el favor del Dios todo misericordia: «Dios favoreció a las parteras. Y el pueblo seguía creciendo y fortaleciéndose. Por haber temido a Dios las parteras, él les concedió numerosa descendencia» (Éxodo 1,20-21).

Diosas, curanderas y doctoras: la mujer al cuidado de la salud en la época pre-cristiana

Las figuras femeninas de sanación no han faltado a lo largo de la historia, siendo más significativas en las culturas imperantes en la era pre-científica de las ciencias de la salud²⁶. El número de deidades femeninas de sanación es incontable, si bien merece la pena destacar algunas por su relevancia en la historia o la cultura²⁷: Inanna o Ishtar, diosa más importante de la cultura sumeria; Isis y Sekhmet en la cultura egipcia; en la cultura griega destacan Démeter, Perséfone, Genetilis, Afrodita, Artemisa y Atenea, entre otras; y, finalmente, en la cultura romana, cabe subrayar las figuras de Minerva, Diana y Bona Dea. Puede establecerse una legítima

²⁵ Regine Pernoud, doctora en Historia, ha hablado mucho de la mujer en la historia, en muchos campos es un tema nuevo.

²⁶ Se considera inaugurada la medicina como *téchnes* a partir de Alcmeón de Crotona (540 a.C.), del que no se conservan sus escritos pero que influyó en gran medida en el pensamiento de Hipócrates, cuya obra, desarrollada entre los siglos V y IV a.C., constituye el inicio de la medicina contemporánea.

²⁷ Iglesias, P. *Mujer y Salud: las Escuelas de Medicina de Mujeres de Londres y Edimburgo*, Tesis doctoral de la Universidad de Málaga. Director: Dr. Juan Jesús Zaro Vera, 2003.

relación con la figura de María en el cristianismo, invocada hasta nuestros días como “salud de los enfermos” y venerada en santos lugares por enfermos que esperan de ella su curación.

Fa Xian, un monje budista chino que viajó por la India en el año 400, atestiguo instituciones de curación en la antigua India. Según el Mahavansha la antigua crónica de la realeza cingalés, escrita en el siglo VI d. C., el rey Pandukabhaya de Anuradhapura (437–367 a. C.) tenía casas y hospitales. Un hospital y centro de formación médica también existía en Gundeshapur una ciudad importante del Imperio persa fundada en el 271 por Sapor.

En la Antigua Grecia, templos dedicados al dios sanador Asclepio, conocido como Asclepeion, funcionaban como centros de asesoramiento médico, pronóstico y curación.

La Asclepeia se extendió al Imperio romano. Si bien la atención médica pública no existía en el Imperio Romano, existían hospitales militares llamados valetudinaria estacionados en cuarteles militares y servían a los soldados y esclavos dentro del fuerte.

Existe evidencia de que había algunos hospitales civiles, aunque no estaban disponibles para toda población romana. En ocasiones se construían de forma privada en hogares romanos extremadamente ricos ubicados en el campo para esa familia, aunque esta práctica parece haber terminado en el 80 d.C.

Pero la presencia femenina en el ámbito de la salud en las antiguas civilizaciones también incluye a madres, esposas, hijas o esclavas que han prestado sus habilidades o conocimientos sanadores a todos aquellos que a ellas acudían. Hay testimonio de mujeres sanadoras también en todas las culturas. En Egipto encontramos la primera mujer doctora de la que hay constancia escrita, grabado en la tumba de un sacerdote cuya madre era “Doctora Jefe”, en 2730 a.C.²⁸. A partir de ahí, los testimonios egipcios de mujeres operando, circuncidando o curando son

²⁸ Bernis, C. y Cámara, C. “La mujer en la constitución histórica de la Medicina”. En: Durán, M. A., Liberación y Utopía, Akal, Madrid, 1982, 207.
278

numerosos. En Grecia sí encontramos mujeres dedicadas a las artes médicas o sanadoras: Agamede (s. XII a.C.), experta en plantas medicinales con fines curativos; Phanostrate (350 a. C), conocida como “partera y médico”; Agnodike (s. IV a.C.) y Antioquia de Tlos²⁹.

En la Edad Antigua, los médicos serán los sacerdotes y aparecen los primeros médicos no seculares que se van a dedicar a la cirugía y la traumatología. Del cuidado de los enfermos en estas civilizaciones se conoce muy poco, casi no existen documentos de los mismos.

El Primer Concilio de Nicea, en el año 325 d. C., dio impulso a la construcción de un hospital en cada ciudad que tuviera una catedral. Así surgieron los hospitales construidos por San Sansón en Constantinopla y por el obispo de Cesarea, Basilio. Estos hospitales estaban abiertos para atender a toda la población.

Fue establecida por San Basilio el Grande alrededor del año 372 en Cesarea de Capadocia (actualmente Kayseri en Turquía) y fue de las primeras en proporcionar asistencia médica a sus huéspedes.

Al parecer, el primer hospital que combinó la enseñanza de la medicina con la atención de enfermos, fue el establecido por cristianos nestorianos en la ciudad de Gundishapur (Irán) en el siglo VI. El hospital musulmán se llamó, con término persa, *maristan*.

Despegue de la mujer: Es innegable el hecho que la mujer prácticamente no ocupó lugar alguno en la trama del comienzo de la historia europea, es decir, en el Imperio Romano. En esa época, ella no tenía existencia legal. En la antigüedad romana sólo existe el poder del *pater familias*, dotado de ciudadanía plena, propietario absoluto (con derecho de vida y muerte sobre sus hijos) y gran sacerdote cuya autoridad tiene su origen en la religión. Veamos una excepción.

²⁹ Furst, L. R. Women Healers and Physicians Climbing a LongHill. The University Press of Kentucky, 1997, 133.

En la **época romana**³⁰, como el resto de la antigüedad, el Estado no disponía de instituciones que garantizaran eficazmente medidas de prevención para atender las necesidades de los sectores más humildes. Por ello, las clases dirigentes urbanas asumían una parte importante de los gastos de la comunidad, cuando éstos no se podían cubrir con fondos públicos: financiación de las obras arquitectónicas, o de las celebraciones lúdicas y religiosas, pero también se otorgaban ayudas a la población ciudadana carente de recursos para cubrir sus necesidades de alimentación o educación. Asociaciones de variado tipo velaban por sus integrantes en casos de enfermedad o de celebración de los funerales (como sigue haciendo ahora el colegio de médicos, por ejemplo), y que agrupaban sobre todo a esclavos, libertos o trabajadores de diversos oficios; aunque, sin negar la importancia de tales corporaciones o *collegia*, lo cierto es que su influencia en la sociedad romana no es comparable al protagonismo de la beneficencia ejercida por los notables de las ciudades.

El papel de las élites urbanas en el sostenimiento de los gastos públicos son las llamadas prácticas evergéticas, a través del protagonismo de los personajes masculinos, y las mujeres de tales sectores privilegiados colaboraron asimismo en el fomento de la beneficencia. Con dichas prácticas, estas familias reproducían en sus ciudades el comportamiento de la *domus imperial*. Si el príncipe hacía gala de generosidad frente a los súbditos con donaciones del más variado tipo, idéntica actitud asumían los integrantes de su familia. Las primeras que lo hacían eran la esposa y la madre del emperador de turno, lo hacían para favorecer el progreso de las carreras de sus esposos, hijos, etc., y resulta llamativo el papel de benefactoras asumido por algunas de estas matronas de la familia imperial. Y con el afán de imitar prácticas del máximo dignatario de Roma o de sus parientes, las élites urbanas ejercieron la misma función en el ámbito de las ciudades ejerciendo un patronazgo comparable al del príncipe o las princesas, quienes procuraban actuar sobre todo en la capital imperial.

Por esta presencia de mujeres junto a sus parientes masculinos en las prácticas de

³⁰ Rosa María Cid López, “Beneficencia frente a previsión social en la Hispania antigua. El caso de Fabia Hadrianilla y el alcance de la participación de las mujeres”, en Santiago Castillo y Rafael Ruzaba (coords.), *La Previsión social en la Historia*. Ed. Siglo XXI, Madrid, 2009 (formato CD), pp. 1-30.

beneficencia pública, el alcance de la influencia femenina. Llama la atención algún caso de subvención de alimentos a niños y niñas por parte de una integrante del orden senatorial, como reflejan testimonios epigráficos. Se trata de Fabia Hadrianilla, notable personaje del orden senatorial, cuya biografía es muy representativa de lo ocurrido en Hispania. Sin duda, tales comportamientos revelan la capacidad de iniciativa de ciertas matronas, sobre todo en el control de su patrimonio, pero también su afán por buscar el reconocimiento público, como muestra el interés en exhibir sus regalos a la comunidad. Parece también que determinadas romanas alcanzaron prestigio, que detentaron gracias a las posibilidades que les ofrecía la práctica de la beneficencia, en cierto modo como matronas; es decir, resaltando su posición como mujeres en una sociedad que defendía la exaltación del protagonismo público masculino.

¿Qué es el *evergetismo*? fundamentalmente un servicio que algunos ciudadanos prestaban a la comunidad complementando los recursos públicos; una práctica que los particulares realizaban voluntariamente y que nunca se imponía por los poderes públicos, aunque se acabó asumiendo como algo que había de realizarse por el bien de la colectividad.

Aunque el fenómeno se detecta ya entre los griegos, - de hecho, hablamos de un comportamiento que se relaciona con el *evergetes* o persona que hace el bien y recibe honores -, fue en la sociedad romana dónde adquirió su mayor difusión; especialmente, a partir del siglo I d. C., cuándo cobra gran desarrollo la vida urbana en las distintas regiones del Mediterráneo. La estrecha relación que se estableció entre la munificencia y la vida urbana se percibe en el hecho de que la decadencia de la ciudad en el siglo III contempló también el declive de este tipo de práctica social. Son benefactores con subvenciones para la construcción de edificios públicos (templos, termas, mercados, fuentes, basílicas, acueductos, vías, bibliotecas, etc.), y también para su reconstrucción y mantenimiento; esta modalidad era muy significativa, ya que se potenciaba el desarrollo urbanístico y el embellecimiento de la ciudad, lo que redundaba en futuros privilegios jurídicos para la comunidad y sus habitantes. Las prácticas religiosas reguladas en el calendario festivo, consistentes en homenajes a divinidades del panteón grecorromano pero también al propio emperador, solían ser sufragadas por particulares. En este ambiente, asimismo se tenían en cuenta la atención al ocio, sufragando espectáculos

de gladiadores, circenses, teatrales o certámenes literarios; incluso podía asumirse la compra de aceite y madera que se consumía en las termas. La lista finaliza con las cantidades destinadas a repartos de dinero o celebración de banquetes colectivos, sin olvidar las distribuciones de trigo e incluso las ayudas para las dotes o ajuares de las mujeres de condición humilde. En esta serie de casos, solía tenerse en cuenta a la población de menores recursos, destacando a veces a los niños y niñas. Algunos personajes públicos debían hacerlo, cumpliendo las promesas electorales y para agradecer el honor otorgado por sus conciudadanos que lo habían elegido para el desarrollo de la tarea pública (ob honorem).

Las prácticas evergéticas en Hispania. El papel de las mujeres y el caso de Fabia Hadrianilla.

Aunque las provincias de Hispania no hayan proporcionado una documentación abundante frente a otros casos del Mediterráneo, sí es significativa para comprobar que las elites urbanas se comportaran de idéntica manera a las de otras zonas del Imperio a la hora de realizar donaciones a la ciudad; en este sentido, destacan sobre todo las familias de la Bética y de la costa mediterránea, que fomentaron las construcciones de edificios como el templo dedicado a Apolo y Diana de Arucci (centro de la Bética) o mercados como el mencionado en Villajosa en Alicante; la dedicación de estatuas a dioses como Esculapio en Mirobriga o simplemente pedestales, de lo que se encuentran variados ejemplos en las ciudades béticas y del Mediterráneo; también se conocen las celebraciones de fiestas religiosas y banquetes, además de la distribución gratuita de trigo o repartos de dinero, sin olvidar la financiación de juegos de gladiadores, como el celebrado en Castulo, y otros espectáculos, etc

La presencia de mujeres tampoco es desdeñable. De hecho, en un estudio realizado en el año 1990 se llegaron a contabilizar 100 ejemplos de mujeres con capacidad económica y de gran prestigio social, involucradas en mayor o menor medida en prácticas de evergetismo. Al igual que en otros territorios y, coincidiendo en algunas actividades con sus colegas masculinos, las mujeres de la Bética se dedicaron a la financiación de obras públicas, la celebración de banquetes y ceremonias religiosas y a sufragar espectáculos circenses y escénicos; curiosamente

no aparecen subvencionando los gladiatorios³¹. En justa reciprocidad, las promotoras de estas actividades fueron recompensadas por sus beneficiarios, que las homenajearon con estatuas situadas en enclaves urbanos o con funerales y elogios públicos, entre otros honores. Como muestra del protagonismo de sus actividades en las ciudades hispanas, el mecenazgo femenino es la manifestación palpable de la presencia de las mujeres en las elites urbanas. En este caso, es muy llamativo el ejemplo de una *clarissima* o matrona del grupo senatorial, de cuya donación se ofrece una información detallada en una inscripción, procedente de Hispalis (actual Sevilla), cuyo texto es el siguiente en traducción castellana: “A Fabia Hadrianila, hija de excónsul, esposa de senador, hermana de senador, madre de senador. A los que son en nuestra república niños libres “Iuncinos” e igualmente niñas libres “Titianas”, quiero que se les dé todos los años, cada año, los intereses al seis por ciento anual producidos por 50.000 sestercios; reciban esta suma repartida en dos veces al año, el día del natalicio de Gayo Seyo, mi marido, en las calendas de mayo (día 1 de mayo) y el día del mío, siete días antes de las calendas de mayo (el 25 de abril), para ayuda de alimentos, los niños libres a razón de 30 sestercios y las niñas libres a razón de 40 sestercios. Aunque creo que esta cantidad es suficiente, sin embargo si el número de los niños y niñas arriba mencionados fuera mayor, quiero que se distribuya a todos en la proporción en que dispuse que se distribuya entre los varones. Y si en el legado hubiera una cantidad mayor, distribúyanse también equitativamente entre ellos mismos las monedas que sobren”³².

³¹ Según Enrique Melchor Gil, las evergesías femeninas alcanzaron el 24,5 % del total de las conocidas en la Bética.

³² Fabiae Q(uinti) f(iliae) H(adrianil) lae consularis [f(iliae), senatoris uxori] senatoris sorori, senatoris matri. [Qui sunt in r(e) p(ublica) n(ostra) pueri] ingenui Iuncini item puellae i(ngenuae titianae eis] quodannis in annos singulos HS (sestertios) L mili[um usuras semisses] dari volo, quam summam bis in ann[o, natali C(aii) Seii viri mei] k(alendis) Mais et meo VII k(alendas) Maias, in aliment[orum ampliationem] accipiant, pueri ingenui HS (sestertios) XXX nummos pu[ellae ingenuae HS (sestertios) XL n(ummos).Quam] quam summam sufficere credo, si tamen numerus [puerorum puellarumque s(upra) s(criptorum)] 10 maior erit, pro portione, qua inter masculos [ut distribuatur cavi] distribui omnibus volo. Quod si amplius er[it in legato, item aequabili terq]ue inter eosdem distribuant[ur qui supererunt nummi]Vid. CIL (Corpus Inscriptionum Latinarum) II 1.174. Inscripción que es homenaje a esta mujer del orden senatorial por parte de sus beneficiarios; esta aclaración es significativa, ya que estas donaciones podían figurar en textos epigráficos de tipo funerario, lo que no ocurre en el caso de este texto de Fabia Hadrianilla.

En este testimonio epigráfico, se menciona a Fabia Hadrianilla como hija, madre, esposa y hermana de senadores, que es homenajeadada por los niños y niñas a los que otorga una donación para el pago de alimentos. Su padre, Quinto Fabio (Q. Fabius), figura en otros testimonios epigráficos, conociéndose que fue un senador originario de la Bética y que llegó a cónsul en la etapa de los Antoninos. De su hermano, se piensa que pudo ser un prestigioso sacerdote (Hermano Arval) bajo Adriano en los años 144-145, aunque nada más se sabe del resto de su carrera. De la comunidad gaditana, pero también de Córdoba, Itálica y la propia Hispalis son originarias la mayor parte de las familias senatoriales de la Bética, aunque en numerosos casos se desconoce el lugar de procedencia de estos individuos o de sus familias. Ha de añadirse que la mayoría de estos personajes consiguieron amasar su fortuna a partir de posesión de tierras, lo que debió ocurrirle a la propia Fabia Hadrianilla. De forma llamativa, del conjunto de sus parientes varones, sólo se menciona por su nombre a su marido, Caius Seius, quizá porque se pretende que sea recordado por sus beneficiarios y beneficiarias.

Ella no puede disfrutar ni del poder ni de los honores inherentes a este orden social, pero sí de su ascendiente social, que exhibe a través de sus lazos de sangre con senadores. Sin duda, Fabia colabora, con tal comportamiento, en la consolidación del prestigio de su esposo y de su familia; ante la imposibilidad de ejercer el poder político, del que sólo es transmisora, no renuncia a la posibilidad que tiene a su alcance de mostrar su posición de poder económico y social.

Respecto a la actividad de benefactora de Fabia Hadrianilla, ésta se inscribe en el grupo de las llamadas fundaciones, que consistían en donaciones que se repiten periódicamente y se confían a los decuriones o autoridades públicas, a veces a colegios: una fundación alimenticia que se destinaría a costear el pago de alimentos. Se calcula que la cantidad de dinero había de servir para atender a 22 niñas y 21 niños por año. El reparto se realizaría dos veces cada año, coincidiendo con el día 1 de mayo, fecha del natalicio de su esposo, y el 25 de abril, que correspondía al de la mujer. Esta fundación alimentaria es conocida en otros casos, aunque no demasiado popular, y parece que, con su creación y mantenimiento, se pretendía propiciar el aumento de la natalidad, intentando evitar la elevada mortalidad o los problemas de malnutrición, muy frecuentes entre la población infantil. Las esposas

tendían a controlar la dote y a no mezclarla con la fortuna familiar. Tal situación acabó proporcionándoles gran autonomía financiera, lo que les permitió ejercer las actividades evergéticas.

Se puede comparar a la caridad cristiana, que exalta a su promotora, Fabia Hadrianilla, como benefactora. Las razones de su comportamiento no son totalmente altruistas, ya que el reparto de dinero habrá de hacerse en la fecha del nacimiento de su esposo en el caso de los niños, y de la mujer entre las niñas. Había un afán claro de que se la recordara y reconociera su labor.

A través de este ejemplo se muestra cómo las mujeres aspiraban a disfrutar de reconocimiento social sirviéndose de las prácticas evergéticas, al igual que sus parientes masculinos. Quieren pervivir en la memoria de la ciudad, lo que, sin duda, había de contribuir a prolongar el prestigio personal y familiar. Conviene resaltar la elección de Hispalis como comunidad para llevar a cabo su acción benefactora; aquí no quiero entretenerme en si hispalis fue origen de hispania, que alguien dice que significa tierra de conejos, pero parece que España tiene etimología fenicia, y que viene de hispalis, de la actual Sevilla: Isidoro de Sevilla, en sus Etimologías, postula Hispania que tiene su origen en Ispani, el topónimo fenicio-púnico de Sevilla, ciudad a la que los romanos denominaron Hispalis.

Esta mujer de algún modo está anunciando los comportamientos caritativos, que tanto se identificaron con las imágenes femeninas del cristianismo posterior, pero cuyo antecedente en la sociedad pagana, mejor romana, son evidentes. En este sentido, ha de añadirse que la propia Livia, por no citar más que un caso conocido, alardeó de prácticas similares, propiciando el estereotipo de mujer benefactora y dispensadora de bienes. Inequívocamente, Fabia Hadrianilla reproduce un modelo de comportamiento social que se adjudica a las matronas en la más genuina tradición romana, ante todo como seres que han de cuidar y atender a los demás.

Personajes como Fabia Hadrianilla ponen de manifiesto cómo las mujeres romanas se involucran en actividades públicas, al igual que los varones, pero no actuando según los mismos patrones, porque los beneficios a conseguir tampoco lo eran. Pertenencia al orden senatorial privilegiado, ligada a los varones de su familia, muestra hasta qué punto su posición preeminente en la sociedad dependía siempre

del estatus de sus parientes masculinos; de ahí, su preocupación por exaltar sus lazos de parentesco, ya que era consciente de que gran parte de su prestigio social lo disfrutaba gracias al alcanzado por los poderosos hombres de su familia, paterna y conyugal.

Ofrece oportunidades a las matronas para abandonar el espacio doméstico del anonimato, les permite estar presentes en la ciudad, y que puedan recibir muestras de agradecimiento de sus beneficiarios. Son un claro ejemplo de que la alternativa a la previsión social en las sociedades antiguas contó con la colaboración de los varones y mujeres de las elites, quienes fueron un eficaz instrumento de los poderes públicos para paliar las deficiencias de las políticas sociales del Estado romano; el carácter de munificencia que se intentó atribuir a estas prácticas fue lo que, sin duda, facilitó la presencia de mujeres en actos cívicos y sirviéndose de sus fortunas, lo que muestra del avance de la posición económica de las mujeres en los primeros siglos del Imperio. Y su preocupación y atención a los seres más desprotegidos de la sociedad imperial, los niños y niñas de condición humilde, como hizo Fabia Hadrianilla³³.

En Roma, el papel de la mujer en el cuidado de la salud se reduce prácticamente al cuidado gineco-obstétrico de las mujeres. Sorano de Éfeso (s. I d.C.) define a la obstetrix como “mujer conocedora de todas las causas de las señoras y también experta en el ejercicio de la medicina”. Hay también hasta diecinueve inscripciones de tumbas de mujeres romanas con referencias a su labor como médicas, la mayoría esclavas o libertas, también algunas mujeres libres, todas ellas dedicadas sobre todo a la ginecología. Hay constancia por Plinio el Viejo –en su obra *Historia Natural*– de trescientas veintisiete autoras griegas y cuarenta y seis romanas que practicaban la medicina en el s. I d.C. También encontramos a Olimpia de Tebas, Salpe, Sotira

³³ “Beneficencia frente a previsión social en la Hispania antigua. El caso de Fabia Hadrianilla y el alcance de la participación de las mujeres”, en Santiago Castillo y Rafael Ruzaba (coords.), *La Previsión social en la Historia*. Ed. Siglo XXI, Madrid, 2009, (formato CD), pp. 1-30. Martínez López, Cándida (1990), "Influencia social de las Mujeres en las ciudades de la Hispania meridional" en Aurora López y otras, *La mujer en el Mediterráneo antiguo*, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada, pp. 219-241. Ver también Maria Dolors Molas Font (ed.), *Vivir en femenino. Estudios de mujeres en la antigüedad*, Barcelona, pp. 65-95; Martínez López, Cándida; Pastor, Reyna; de la Pascua, María José y Tavera, Susana (2000), *Mujeres en la Historia de España. Enciclopedia biográfica*. Ed. Planeta, Barcelona.

y Lais; y más tarde Metrodora, Origenia, Eugerasia, Margareta, Aspasia... sin duda muchas menos que las mujeres anónimas que en cada población atendieron a mujeres, niños y pobres en sus encuentros con el nacimiento, la enfermedad, el dolor o la muerte.

Para concluir este apartado, podemos sistematizar cómo en estos primeros siglos aparecen ya algunos rasgos significativos de la atención de la mujer hacia el mundo de la enfermedad y el dolor:

a) La mujer en el horizonte de esperanza de los enfermos: es la presencia ininterrumpida de diosas que han representado la esperanza de quienes no podían comprender las causas ni tampoco vislumbrar una salida posible a sus muchos sufrimientos.

b) La mujer preocupada por una formación adecuada en el arte de curar: aunque en menor número que los varones, no han faltado en este periodo mujeres que se han formado al más alto nivel –religiosa o profesionalmente– en el cuidado y curación de los enfermos.

c) Presencia casi exclusiva de la mujer en el nacimiento de una nueva vida: siempre ha habido matronas en todas las culturas y en todos los siglos. Es la mujer la que recibe la semilla de vida y otra mujer la que ayuda a traer a la vida al nuevo ser humano. También en la despedida de la vida, en sus cuidados, en su mortaja, la presencia femenina cobra un especial protagonismo³⁴.

3. El despegue femenino en el acceso a su actuación pública en el cuidado de la salud

Causas del despegue femenino: hubo una primera fuente de inspiración: el evangelio. Comienza con el sí de una mujer y termina con la llegada de algunas mujeres locas de alegría, que venían a despertar a los apóstoles dormidos. Esas mujeres estarán presentes al descender el Espíritu Santo sobre los apóstoles recordándoles todo lo dicho por Cristo, entre otras cosas la igualdad de derechos y

³⁴Hoyo Calleja, J. «La mujer y la medicina en el Mundo Romano». *Asclepio*.1987; 39, 137. 287

obligaciones entre el hombre y la mujer y su creación conjunta (pues “él los creó hombre y mujer”, había dicho el Génesis).

En la Iglesia primitiva los nombres de santas son más abundantes que los nombres de santos³⁵. Desde esa época se tiene la impresión de que las mujeres emergen de la sombra. En la sociedad de esos tiempos, el hecho debió parecer sumamente desconcertante, pero sólo era una originalidad más, entre muchas, de esos cristianos de conducta tan extraña. “Conservan todo sus hijos”, se decía refiriéndose a ellos. Consideraban hermanos a todos los hombres, incluidos los esclavos. Se negaban a arrodillarse ante los dioses del comercio o la guerra, pero decían adorar a un Dios único y trascendente.

Al cuidado de los des-cuidados: La mujer al cuidado de la salud en el cristianismo

Con el cristianismo, la mujer cobra un protagonismo especial en el cuidado de los enfermos, los pobres y menesterosos. Este protagonismo no le viene dado por sus conocimientos, por su especial formación en el arte curativo, ni siquiera por su especialización en partos o enfermedades ginecológicas. El rasgo diferenciador es, ante todo, la caridad. Son muchas las novedades que el cristianismo aporta al cuidado de la salud: los cristianos no abandonaban a sus enfermos de peste o lepra, cuidaban de forma heroica a los enfermos, poniendo en riesgo sus propias vidas al exponerse al contagio; cuidaban no sólo a los suyos, sino a todos sin distinción de credos, nación o condición; y fueron los primeros en crear los llamados nosocomios, hospitales donde poder prodigar todos los cuidados necesarios a los enfermos.

En este contexto, las viudas y las vírgenes tenían un especial cometido: visitar a los enfermos, alimentarlos, asearlos y ofrecer todo tipo de cuidados para mejorar su salud³⁶. San Jerónimo reflejó la importancia que tenía la formación médica para ciertas mujeres, destacando en la Roma de los siglos IV y V las figuras de Marcela, Fabiola, Paula y Eustaquia.

³⁵ En 1975, en la revista *Missi* por él dirigida, el padre Naidenoff lo había destacado.

³⁶ Jonsen, A. R. *Breve historia de la ética médica*. San Pablo-U.P. Comillas, Madrid, 2011, 51-52; Rivas, F. *La vida cotidiana de los primeros cristianos*. Verbo Divino, Estella, 2011, 88-90.

Los nombres de mujeres dedicadas en cuerpo y alma, y también con sus propios recursos económicos, a los enfermos son numerosos y sus ejemplos ciertamente heroicos³⁷: Olimpia, al frente de una comunidad dedicada al cuidado de los enfermos; Antusa, madre de San Juan Crisóstomo, a quien ayudó a coordinar más de trescientos hospitales (s. IV); Mónica, madre de San Agustín, que cuidaba a enfermos ofreciendo sus propios medicamentos (s. IV); Escolástica, hermana de San Benito, que fundó hospitales y formó enfermeras (s. VI); la emperatriz Teodora, esposa de Justiniano, que fundó hospitales por todo el imperio bizantino (s. VI); así como reinas pusieron sus bienes al servicio de los enfermos, como Clotilde de Burgundia, esposa del rey franco Clodoveo I (s. V), o Radegunda, esposa del rey franco Clotario (s. VI).

Las enfermeras eran en su mayoría mujeres sin formación que ayudaban a traer niños al mundo o era nodrizas. Por otro lado, el cuidado de los enfermos estaba muy asociado a las monjas, con más formación y un voto religioso que les impedía a cuidar de los más débiles.

La enfermería fue principalmente ejercida por hombres durante el Imperio bizantino. En la antigua Roma el término "nosocomial" significaba "hospital en sí", procedente de *nosocomi*, el hombre que proporcionaba cuidados enfermeros en la antigua Roma y diagnosticaba enfermedades a sus pacientes. Según indica Collière, el origen de las prácticas de cuidados está ligado a las intervenciones maternas que aseguraban la continuidad de la vida y de la especie. La alimentación, como necesidad básica que implica suplencia y ayuda (por parte de la madre o sustituta) en los primeros estadios evolutivos del hombre, es considerada como la práctica de cuidados más antigua.

¿Cómo se les llamaba a las enfermeras en la Edad Media? Las diaconisas se dedicaban al cuidado y atención de enfermos. Febe (60 d. C.) es la única mujer a la que se cita como diaconisa en el Nuevo Testamento (Romanos 16:1-2). Atendía a los pobres en sus hogares y con el tiempo se convirtió esta labor en parte primordial del trabajo de las diaconisas. No obstante, no se la relaciona con la enfermería.

³⁷ Iglesias, P., *op. cit.*, 168-170.

Durante la Edad Media, la mujer siguió teniendo el protagonismo que siempre había tenido en el cuidado y la atención de los enfermos y desvalidos: cuidadora principal en el hogar y también en las enfermerías gestionadas en los miles de conventos que poblaron Europa, donde las embarazadas, los pobres y los enfermos tenían un lugar al que acudir. A nivel académico, bien conocida fue la Escuela de Salerno, fundada en torno al año 1000, donde estudiaban tanto varones como mujeres de cualquier origen, religión o lengua. Algunas graduadas fueron: Abella, Rebeca, Mercuria, Constanza y, la más famosa, Trota o Trótula. Otros nombres de mujeres relevantes en la atención profesionalizada a los enfermos son: Hildegarda de Bingen, que escribió importantes obras médicas en el s. XII; Eloísa, dedicada – entre otras cosas– al cuidado de los enfermos tras el infortunio con Abelardo; y Herrade de Ladsberg, abadesa de Alsacia, que escribió una enciclopedia sobre plantas.

Pero la presencia profesional de la mujer en el ámbito médico ha sido minoritaria. Se estima que en todo ese tiempo apenas ha supuesto el 2% de las personas dedicadas al cuidado de la salud profesionalmente. Añadimos la persecución que han sufrido las mujeres sanadoras en la Edad Media, acusadas de brujería por el simple hecho de realizar prácticas curativas.

En definitiva, con la irrupción del cristianismo en la cultura en Occidente, han aparecido nuevos factores que han ido perfilando el rol femenino en la atención a los enfermos:

a) La atención a los enfermos como ministerio y envío: fue la tarea principal de viudas y vírgenes consagradas, de madres y hermanas de insignes fundadores y obispos con especial sensibilidad hacia los enfermos y despreciados, y de reinas que pusieron sus bienes y esfuerzos al servicio de los menesterosos.

b) El cuidado de los enfermos pobres: las mujeres sanadoras en conventos o en muchas poblaciones son la única esperanza de quienes no pueden permitirse los elevados honorarios de los médicos profesionales, reservados para las clases más pudientes de la sociedad.

c) La atención experta y profesional hacia las propias mujeres: en estos siglos

muchos profesionales varones se preocuparon de la preparación rigurosa de mujeres para que pudieran ofrecer a otras mujeres los cuidados apropiados, a la altura de los conocimientos de la época.

d) El miedo social ante un poder sin control: son las sombras de un largo periodo de fecundidad sanadora para la mujer. Aunque en los conventos y en los hogares seguían cuidando enfermos, la sociedad y los poderes imperantes rechazaron sistemáticamente todo lo que no podían controlar ni explicar, como los conocimientos médicos sin formación reglada o las curaciones con remedios no descritos en los tratados convencionales.

La Edad Media está imbuida de un espíritu cristiano que no sólo es religioso sino cultural, social, político..., sin una distinción entre la esfera pública y la interior, donde en cierto modo el plano civil y el eclesiástico se mezclan, y los pecados tienen una pena civil, y el estado feudal conlleva una situación que “Dios quiere”, con lo que se sacralizan los testamentos sociales, la situación personal de siervo de la gleba o de nobleza, y en ese contexto la mujer está vigilada, como si fuera un ser menor de edad, para que no interfiera en esa relación de estar al servicio de su misión, y se procura que no sea una ocasión pecaminosa para otras personas tanto del ambiente civil como eclesiástico, pues Eva fue la que indujo a pecar a Adán, y hay que procurar que tome como modelo a María, la nueva Eva, que aplasta con su planta inmaculada la cabeza del dragón infernal que es el demonio, que se alza a pesar de su condición de sexo débil hacia una fortaleza interior de llevar ternura y benevolencia al mundo, es la guardiana del amor.

¿Cuál fue el primer hospital de Europa? El Hôtel-Dieu fue fundado por el obispo Landeric el 26 de junio del 651, en París, 500 años antes de que se comenzara a construir Notre Dame a escasos quinientos metros, y ha funcionado ininterrumpidamente hasta hoy.

El cristianismo y su organización tuvo vínculos históricos importantes con las prácticas de cuidados de enfermería desde los monasterios a través de las órdenes religiosas, así como desde la conquista de Tierra Santa, con las cruzadas. Como consecuencia del pensamiento medieval relacionado con la Reconquista de Santos Lugares, surgió un movimiento organizado, que cristalizó con el fenómeno histórico de las cruzadas, las cuales dieron lugar a la aparición de tres tipos de

figuras: el guerrero, el religioso y el enfermero. La demanda de hospitales y sanitarios en las rutas seguidas por los cruzados propició la aparición de las Órdenes Militares dedicadas a la enfermería: los caballeros de la Orden de San Juan de Jerusalén, los caballeros Teutónicos y los caballeros de la Orden de San Lázaro de Jerusalén. En España, la primera institución destinada a acoger enfermos fue el Hospital del Obispo Masona, en Mérida, en el siglo VI, según Domínguez Alcón y el Diccionario Eclesiástico de España.

Entre los hospitales medievales donde se desarrollaban actividades de enfermería, se encuentran El Hôtel-Dieu de París y Lyon, el Santo Spirito de Roma, el Hospital de la Seo de Tortosa, el Hospital de Mérida, y el Hospital d'en Clapers de Valencia, de los cuales, según datos recogidos por Domínguez Alcón, los dos primeros perduran en la actualidad.

Los primeros hospitales se establecieron como xenodochias o casas de caridad para atender a los necesitados y desvalidos tanto como a los enfermos. El Hôtel-Dieu de Lyon fue fundado en el año 542 D.C., fue regentado por grupos laicos.

Las órdenes hospitalarias comprendían dos clases: las dedicadas exclusivamente a la hospitalidad (hospedaje y sanación de enfermos: curar cuerpos curando almas, con el trasfondo medieval cristiano de la dualidad enfermedad-pecado) y las que a la vez eran hospitalarias y de protección militar a peregrinos (ayuda y ...

En la **Alta Edad Media** (ss. V-X), en una especie de desafío al sentido histórico, no deja de sorprendernos la aparición de rostros femeninos: nombres de reinas con un rol activo comenzando por Clotilde, la reina que convierte al rey Clodoveo I de Francia. Es decisivo el desempeño de esta reina que induce al rey pagano a elegir la fe católica y no la herejía arriana adoptada por los demás invasores: godos, visigodos, alamanes y burgundas. Poco después harán lo mismo Teodosia en España, Teodelinda en Lombardía y Berta en Inglaterra (empeñada en convertir a su esposo y rey de Kent a la fe católica).

Ciertamente, podemos admitir la influencia de las costumbres germánicas o nórdicas, mucho más abiertas a la presencia familiar de la madre y los hijos que la ley romana. Pero eso no basta para explicar el cambio histórico que de pronto da

espacio en Francia a una reina Radegunda (inspiradora de poetas) o a una reina Batilde (que pone fin a la esclavitud). ¿Qué había sucedido en el intervalo?

Se necesitaron varios siglos para llegar a una transformación profunda de la sociedad, que está siendo aún. En todo caso, la posición de la mujer evolucionaría considerablemente en el curso de esos siglos. Hubo por ejemplo monasterios mixtos. Son numerosos en la cristiandad de los s. VI y VII, tan poco conocida³⁸. de sus monasterios mixtos, abadías con un edificio para las monjas y otro para los monjes, por lo general con la iglesia entre ambos. Ahora bien, el conjunto estaba bajo el magisterio de una abadesa y no de un abad, y los monjes dependían de una abadesa en su ejercicio.

Por sorprendentes que pudieran parecer, es fácil explicar la existencia de semejantes fundaciones. Los monasterios se instalan por lo general en lugares apartados, adecuados para el recogimiento. En una época con medios de transporte sumamente escasos, para las monjas era indispensable la proximidad de los sacerdotes para la misa y los demás oficios litúrgicos (en esos tiempos se comprendió perfectamente el hecho de que el sacerdocio haya sido conferido a los hombres sin que eso implicara superioridad alguna, solicitándose diferentes servicios al hombre y a la mujer).

Por otra parte, en una época en que se vivía de cultivos propios, los monjes se dedicaban a los trabajos más fuertes, de arado, cosecha, etc. Así mismo, la presencia de los hombres podía ser preciosa en caso de ataque inopinado en esos lugares desiertos. Los monasterios mixtos fueron numerosos y prósperos hasta el momento de las invasiones más destructivas en el sur, de los árabes a partir del s. VIII; en el norte, de los normandos, navegando río arriba y saqueándolo todo a su paso; y en el este, de los lombardos y los húngaros. Europa sólo recuperará cierto equilibrio en el curso del siglo X.

Desde el siglo XI ya existe una cierta institucionalización de la caridad en la península ibérica, sobre todo en el camino de Santiago: si había 200.000 o más

³⁸ Sin embargo, las obras dedicadas a dichos monasterios mixtos pueden contarse con los dedos de una mano. Laon, Jouarre y Faremoutiers en Francia y Whitby en Inglaterra conservaron vestigios.

peregrinos al año especialmente en los jacobeos, muchos morían por el camino en los hospitales. Hay mendicidad, el problema es que negar la limosna se consideraba violación del temor de Dios y una villanía infame así como una ruindad del espíritu.

No es sorprendente, pues, que a fines del s. XI, en una Europa pacificada, una orden mixta fuese creada en Fontevraud por Robert d'Arbrissel. Al instalar a los monjes y las religiosas bajo el magisterio de una abadesa, estaba simplemente rescatando una tradición muy antigua.

Y Fontevraud tiene una actividad importante en la expansión de la lírica cortesana, que data de la misma época, como lo señaló magníficamente el romanista Bezzola, historiador de la tradición cortesana. Se produce en ese momento un gran desarrollo literario en el cual la mujer ocupa el primer lugar como inspiradora y educadora, reuniendo a los poetas. Eleonora de Aquitania y su hija María de Champagne son ejemplos de esta labor literaria femenina.

Ahí nace la novela, al igual que la caballería, obra maestra de esas instituciones de paz que surgen a partir del siglo X, en las cuales es evidente la influencia de la mujer. La influencia de la mujer mantiene su preponderancia, sobre todo desde el s. X hasta fines del s. XIII. A partir de entonces será atacada por la universidad, que excluye a las mujeres y pretenderá también excluir a los monjes (como hizo a Tomás de Aquino y Buenaventura, suspendidos durante 2 años de la Universidad de París por su condición de hermanos mendicantes).

Para la mujer, esta exclusión del saber tiene consecuencias graves. Recordemos que las mujeres médicas son numerosas en el s. XIII. Así, San Luis parte a Tierra Santa con su esposa, acompañado de una de ellas. En el siglo siguiente habrán desaparecido las mujeres médicas, salvo en los procesos de la Universidad de París, a los cuales son sometidas cuando procuran ejercer una profesión para cuyo ejercicio ahora se exige un título.

Fueron tiempos en que numerosas mujeres reinas (como la reina Blanca, madre de Luis IX de Francia) fueron capaz de dirigir el reino, hacer entrar en razón a señores ambiciosos, conducir guerras y suscribir tratados durante cientos de años.

Un ejemplo de heroísmo femenino fue cuando la dinastía inglesa de los Lancaster reclama Normandía y las antiguas posesiones de los Plantagenet en Francia, y en

alianza con el duque de Borgoña (rival del duque de Orleans), por 1415 se instalan en Francia en calidad de amo y señor, y atacan el corazón del rey francés, Orleans sitiando la ciudad en 1428. Juana de Arco, una sencilla campesina, y en un año lo cambia todo, los ingleses se retiran derrotados y en Reims es coronado Carlos VII de Francia, quien empezó a cegarse en su envidia por la doncella de Orleans, condenada por llevar vestimenta masculina: “Aceptaré de buen grado el martirio, porque así entraré en el reino del paraíso. Ya sólo me entrego por entero a nuestro Señor Jesucristo”. Estos tiempos de las catedrales góticas dedicadas a María Santísima, terminan con un personaje tan femenino.

Edad de Oro del islam

El conocimiento médico se transmitió al mundo islámico a través del Imperio bizantino. El primer hospital general del mundo islámico fue construido en 805 en Bagdad por Harún al-Rashid. En el siglo X, Bagdad tenía cinco hospitales más, mientras que Damasco tenía seis hospitales en el siglo XV y solo Córdoba tenía 50 hospitales principales, muchos exclusivamente para militares. El hospital islámico era una institución elaborada con una amplia gama de funciones. En el islam, existía un imperativo moral para tratar a los enfermos independientemente de su estado financiero. Los hospitales islámicos tendían a ser grandes estructuras urbanas y eran en gran medida instituciones seculares, muchas abiertas a todos, ya sean hombres o mujeres, civiles o militares, niños o adultos, ricos o pobres, musulmanes o no musulmanes. El hospital islámico sirvió para varios propósitos, como un centro de tratamiento médico, un hogar para pacientes que se recuperaban de enfermedades o accidentes, un manicomio y un hogar de retiro con necesidades básicas de mantenimiento para ancianos y enfermos. Los hospitales en esta época fueron los primeros en requerir diplomas médicos para otorgar licencias a los médicos, y se podría hacer una compensación por negligencia.

Las beguinas

El llamado movimiento Beguino, constituido por «mujeres santas» que cuidaban enfermos, se diferencia dentro del entramado histórico-cristiano-caritativo ligado a los cuidados de enfermería fundamentalmente en que no asume los votos preceptivos de las órdenes religiosas.

Las denominaciones de las personas encargadas de proporcionar cuidados de enfermería han variado a lo largo de la historia en función de la época y el contexto donde estos se desarrollaban (hospitales, leproserías, órdenes militares, órdenes religiosas y ámbitos domésticos): macipa, mossa, clavera, donado, donada, hospitaler, hospitaleray enfermero.

Según la historiografía estudiada hasta ahora, los administradores o procuradores de los hospitales eran varones, salvo en el Hospital del Rey de Burgos.

Siglo XVI

A partir del s. XVI se produce el despertar de los conocimientos médicos en muchos ámbitos. Únicamente en las universidades italianas tenían acceso las mujeres al estudio de la Medicina y, en Inglaterra, podían ser nombradas ayudantes de médicos, sin ser reconocidas como médicos hasta tres siglos después³⁹. Y mientras, la labor callada de sanadoras en pueblos y ciudades, atendiendo a los más pobres continuaba en toda Europa, incluso regulada en ciertos lugares como Inglaterra, donde se promulgó una ley en la que se permitía a las mujeres practicar la medicina únicamente entre los pobres⁴⁰.

Hasta el año 1500, la escasa atención en cuanto a la reglamentación de los cuidados de enfermería, practicados en ámbitos domésticos, propició una variedad de grupos que ejercían estas actividades fuera de los ámbitos institucionales: nodrizas (didas), parteras o comadronas, grupos dedicados al cuidado a domicilio y grupos dedicados a otras prácticas sanadoras.

En el siglo XVI, la Reforma Protestante tuvo graves consecuencias para los cuidados de salud, debido a la supresión de las instituciones de caridad. La filosofía protestante indica que «no son necesarias las obras de caridad para obtener la salvación». Esto se traduce en un abandono de la consideración del cuidado de enfermería que continuaba existiendo en el ámbito católico.

³⁹ Ortiz-Gómez, T., Birriel-Salcedo, J., Ortega del Olmo, R. «Género, profesiones sanitarias y salud pública». *Gaceta Sanitaria*. 2004;18 (1): 191.

⁴⁰ Iglesias, P., *op. cit.*, 185.

Entre los años 1500 y 1860, la enfermería tuvo su peor momento, debido a que la idea predominante era que la enfermería constituía más una ocupación religiosa que intelectual, por lo que su progreso científico se consideraba innecesario. Además, tras la Reforma Protestante se produjo una desmotivación religiosa para dedicarse al cuidado de enfermos entre las personas laicas y una relegación a antiguas pacientes, presas y otras personas de los estratos más bajos de la sociedad de la actividad de aplicar cuidados. M. Patricia Donahue denominó a este período la «época oscura de la enfermería».

Siglos XVII-XVIII

Durante el s. XVII, el ejercicio sanador de las mujeres se redujo a tres ámbitos: (1) las que ofrecían cuidados enfermeros básicamente, monjas o mujeres que practicaban sencillas curas o cuidados; (2) las matronas, siempre presentes; y (3) las escasas mujeres doctoras que sólo podían ejercer su profesión entre pobres y sin recibir compensación económica. Y así fue hasta el s. XIX.

4. Siglo XIX. La profesionalización del cuidado: la mujer al cuidado de la salud en la modernidad

En el s. XIX se produce el despertar de la profesionalización biosanitaria de la mujer, cuya incorporación fue lenta, gradual y, en no pocas ocasiones, traumática. Un primer paso fue la fundación de las Sociedades Fisiológicas Femeninas en Estados Unidos, con el objeto de enseñar a las mujeres conocimientos básicos de anatomía, higiene, dietas e incluso sobre control de la natalidad. En el ámbito preventivo y de higiene las mujeres encontraron el lugar más adecuado para su competencia. Mientras, la formación médica académica estaba vetada a las mujeres en ese país. Sólo a finales del s. XIX pudieron acceder a los estudios reglados en Medicina, pero fue muy minoritario, de forma que entre 1914 y 1960 apenas se pasó de un 4% de presencia femenina en las aulas de Medicina a un 5,8%⁴¹.

Los avances en otras ciencias, como el invento del microscopio, proporcionaron

⁴¹ Arrizabalaga P. y Valls-Llobet, C. «Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación». *Medicina Clínica*. 2005; 125(3):103.

a todas las hoy llamadas ciencias de la salud, incluida la enfermería, la posibilidad de procurar a las personas un mayor nivel de bienestar.

El Instituto de Diaconisas de Kaiserwerth, creado en 1836 por el pastor protestante Theodor Fliedner (1800-1864), supuso para la enfermería el inicio de una formación reglada, para enfermeras. Este hecho, acaecido en el ámbito protestante, puede suponer en un análisis superficial una contradicción; sin embargo, el propio caos y desorganización de los cuidados de enfermería protestantes fue lo que exigió una reglamentación formal y específica para ejercer la profesión.

Según Eileen Donahue Robinson, el libro *Notas sobre la enfermería* (*Notes on Nursing*), publicado por Florence Nightingale en 1859 —tras sus experiencias en la guerra de Crimea—, supuso «un texto de crucial influencia sobre la enfermería moderna». En 1860 se inauguró la *Nightingale Training School for Nurses* («Escuela Nightingale de Formación para Enfermeras»), la cual constituyó una institución educativa independiente financiada por la Fundación Nightingale. La originalidad del proyecto fue considerar que debían ser las propias enfermeras las que formasen a las estudiantes de enfermería mediante programas específicos de formación y haciendo hincapié tanto en las intervenciones de enfermería hospitalarias como extrahospitalarias, para el mantenimiento y promoción de la salud tanto del individuo como de las familias. Nightingale, reformadora del concepto de enfermería, le dio una nueva directriz a la ciencia del cuidado del ser humano, además de diferenciar lo que era medicina de enfermería desde el punto de vista de que la enfermería situaba al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actuase sobre él en un ambiente limpio libre de agentes patógenos.

En Estados Unidos, según Donahue, el primer texto sobre enfermería se publicó en 1885 por la señora Clara Weeks Shaw, y la primera revista nacional sobre enfermería, *The Trained Nurse and Hospital Review*, apareció en 1888. Según Donahue, Lillian Wald fue la precursora de lo que hoy se entiende como Enfermería Comunitaria, por medio de un proyecto que comenzó en Nueva York en 1893 como una organización filantrópica, y que constituiría la base para el posterior desarrollo de la Salud Pública en dicho país. En España no se puede hablar de un origen específico de la Enfermería de Salud Pública, ya que las ideas anglosajonas no tuvieron mucho eco entre las enfermeras españolas, hasta que en 1933 se crearon

las 50 primeras plazas de enfermeras visitadoras y sanitarias. Posteriormente, Mrs. Benford Fenwick fundaría el Consejo Internacional de Enfermeras, la más antigua de todas las organizaciones internacionales para trabajadores profesionales. En 1922, en la Universidad de Indiana, se fundó la Sigma Theta Tau, una organización que promueve la investigación y dirección de Enfermería. Sus miembros son seleccionados de acuerdo con sus logros académicos y calidad profesional, y entre ellos figuran estudiantes, estudiantes graduados en Programas de Enfermería y dirigentes de Enfermería Comunitaria.

A principios del siglo XX, en los Estados Unidos se admitía, por lo general, que la legislación sobre la aprobación estatal para la Enfermería elevaría a las personas que la practicaban a un nivel profesional mediante el establecimiento de unas normas educativas mínimas para las escuelas de Enfermería. Sin embargo, a medida que la demanda de enfermeros crecía, se establecieron más escuelas de Enfermería de distinta calidad, circunstancia que hizo poco por mejorar el nivel de la profesión.

En la segunda guerra mundial, la enfermería adquirió mayor importancia y relieve. En los últimos días de la guerra un artículo de Bixler y Bixler en la revista *Am. J. of Nursing* valoraba la enfermería como una profesión. Los siete criterios para una profesión identificados por estos autores eran aplicables a la enfermería de la forma en que se practicaba en ese momento y justificaban la consideración de la enfermería como profesión. Bixler y Bixler revisaron sus criterios y el nivel profesional de la enfermería 14 años después y observaron que ambos continuaban siendo válidos.

Hasta la década de 1950 no se empezó a plantear en serio la necesidad de desarrollar, articular y contrastar una teoría global de enfermería, y casi un siglo después de Nightingale comenzaron a aparecer en la literatura estadounidense nuevos aportes sobre la definición de la profesión y sus funciones. Esta literatura es muy amplia a lo largo del siglo XX, con especificaciones sobre la misión de la enfermera.

En España, el 4 de diciembre de 1953 se unificaron en ATS (Asistente Técnico Sanitario) los estudios de auxiliares sanitarios siguiendo el modelo de especialidades médicas con el objeto de proporcionar mayor formación posbásica a los profesiones de matronas, practicantes y enfermeros, de modo que las matronas

pasaron a ser una especialidad de ATS (BOE del 12 de febrero de 1957, Decreto de enero de 1957. Para fisioterapia, BOE del 23 de agosto, Real Decreto del 26 de julio de 1957). En 1977 (Decreto 2128), se transformaron en España las enseñanzas conducentes al título de ATS por las de DUE (Diplomado Universitario en Enfermería). Este hecho histórico supuso el reconocimiento por parte de la Institución Universitaria de la Enfermería como disciplina en proceso de construcción y como profesión de carácter universitario con todo lo que ello implica: reconocimiento científico y académico de la antigua actividad del cuidado de enfermería, crecimiento doctrinal y la posibilidad futura de acceder a todos los grados académicos (licenciatura y doctorado).

En la actualidad, en Estados Unidos se ofrecen dos programas de doctorado en enfermería: el doctorado académico y el doctorado en ciencias de la enfermería. Esto supone la consecución del máximo grado académico para la enfermería en el contexto estadounidense. Asimismo, este «doble doctorado» supone exigencias académicas que configuran, sin duda, el conocimiento de enfermería y la identidad profesional. Para pertenecer a la Academia Norteamericana de Enfermería (American Academy of Nursing), es necesario haber realizado trabajos de investigación inéditos que supongan un aumento del corpus de conocimientos de enfermería. Este hecho es análogo para todas las disciplinas científicas así como para sus respectivas academias.

En España, con el programa de estudios resultante del Proceso de Bolonia, la enfermería ha alcanzado su máximo desarrollo, pues es posible obtener el doctorado en enfermería, que facilita la labor de investigación y consecuentemente el desarrollo de la profesión.

En Italia hay ya una larga tradición de mujeres en la sanidad. Florence Nightingale nació en Florencia, Italia, el 12 de mayo de 1820 y es considerada una de las pioneras en la práctica de la enfermería. Se le considera la madre de la enfermería moderna y verdadera creadora de una filosofía en la enfermería. Y hemos visto como hay médicas ya en la Edad Media, pues la mujer podía acceder a la universidad.

En España, la primera mujer licenciada lo fue precisamente en Medicina, en 1882,

en la Universidad de Barcelona, María Dolores Aleu Riera. Pero en las décadas siguientes, el número de mujeres médicos seguía siendo anecdótico. En un primer momento, se pensó que la mujer quizá no tuviera capacidad suficiente para estudiar una carrera universitaria. Salvada esa cuestión con las primeras licenciadas, con rendimiento similar o incluso superior al de los varones, se planteó si el ejercicio de la medicina no atentaría contra el pudor de las mujeres y sus familiares, por lo que las escasas licenciadas no llegaban a ejercer la carrera.

Ha sido un largo recorrido que no está finalizado. Todavía queda mucho camino hasta alcanzar una sana igualdad en el ejercicio de la profesión, el acceso a los ámbitos de responsabilidad o gestión, la toma de decisiones o la investigación.

5. El servicio de la mujer en hospitales en Sevilla⁴² y la acción de las Hijas de la Caridad en Andalucía durante los siglos XIX-XX

Podemos ver una presencia de las Hijas de la Caridad en Andalucía desde 1830 hasta el día de hoy. Las Hijas de la Caridad, juntamente con muchas religiosas dedicadas a los pobres, enfermos y a la promoción de los más vulnerables, de una forma evangélica, han escrito las mejores páginas de la historia de la Iglesia a lo largo de los siglos. Y cómo no, de la historia de las mujeres. Reconocida en la Iglesia como *Sociedad de Vida Apostólica* y no como Congregación, actualmente la Compañía está presente en 93 países, en los cinco continentes. Viven y sirven en los lugares de prioridad social: hospitales, casas de niños de carácter social, escuelas, cocinas económicas, centros de acogida para las personas sin techo o que sufren dependencias o necesidades especiales. En fin, dondequiera que se presenta una necesidad y dónde pueden llevar ayuda y apoyo, están disponibles y listas para servir, según sus fuerzas y posibilidades, en colaboración con otras fuerzas vivas de la Iglesia y con diversos organismos y asociaciones. La Compañía, fundada por San Vicente de Paúl y Luisa de Marillac en 1633. Su espiritualidad estaba centrada en el cumplimiento de la voluntad de Dios, la humildad y la caridad en obras corporales y espirituales con un amor efectivo y afectivo. Siguen la intuición espiritual fundamental de Francisco de Sales: que Dios es Amor. Él ha creado

⁴² Manuel Martín Riego, “La presencia de las hijas de la caridad en Andalucía (1830-2022)”, en Anuario de la Historia de la Iglesia Andaluza, en <https://www.sanisidoro.net/publicaciones/index.php/anuario/article/view/299>

nuestro corazón a su imagen y semejanza. Si nosotros queremos vivir espiritualmente, tenemos que vivir, necesariamente, en el amor. Es preciso que todo en nosotros sea de amor, por amor, para el amor. *La Introducción a la vida devota* y *El Tratado del Amor de Dios*. Puso orden en este caos Luisa de Marillac. De acuerdo con Vicente, reunió en su casa a jóvenes humildes que querían ponerse al servicio de los necesitados. Se encargó de prepararlas y les enseñó también a desarrollar una vida espiritual profunda. Desarrolló una actividad en el hospital más antiguo de París, el *Hôtel-Dieu*. La comunidad fue aprobada por el arzobispo de París. Posteriormente fueron invitadas a la ciudad de Angers para hacerse cargo del hospital. Fue el primer proyecto fuera de París para la comunidad. Las hermanas habitaban en las parroquias a las que estaban adscritas para el trabajo. No tenían convento alguno. Querían ser una comunidad religiosa y se desplazaban libremente, llevando el vestido de las mujeres rurales de Francia. Más tarde las hermanas ampliaron sus servicios para incluir los hospitales, orfanatos, instituciones para ancianos y enfermos mentales, escuelas y el campo de batalla con la ayuda a las víctimas de la Guerra de los Treinta Años. Tales obras dieron a conocer por todo el mundo la actitud compasiva de las hermanas del Instituto. Para Luisa, “las almas que buscan a Dios lo encuentran por todas partes, pero especialmente en los pobres”. La Compañía se desarrolló rápidamente con varias fundaciones, entre las que adquirió un significado especial la de Angers, donde atendieron solas el hospital de la ciudad. Viendo su forma de atender a los enfermos no tardaron en llamarlas para tareas similares a la de los hospitales. En muy poco tiempo, Luisa de Marillac fundó nuevas comunidades en Francia y Polonia⁴³: París, Richelieu, Angers, Sedan, Nanteuil-le-Haudouin, Liancourt, Saint-Denis, Serqueux, Nantes, Fontainebleau, Montreuil-sur-Mer, Charo, Chantilly, Montmirail, Hennebont, Brienne, Étampes, Bernay, Sainte-Marie du Mont, Cahors, Saint-Fargeu, Ussel, Calais, Metz y Narbona.

Al instalarse las monjas se establecen las condiciones laborales, actividades y motivaciones de las mismas, relaciones que deben establecerse con las personas que trabajan a nivel jerárquico, así como la formación en este campo. Obligaciones. Entre estos Reglamentos tenemos los siguientes: para las hermanas de las

43 María Gonzaga, reina de Polonia, quiso que las Hijas de la Caridad fundaran en Varsovia. Ana de Austria deseó que se hicieran enfermeras en el ejército.

parroquias, las de las aldeas, las de los hospitales, las encargadas de amortajar, para las hermanas de las escuelas y reglamentos para cualquier actividad que hubiesen de desempeñar. Así rezan esos documentos:

El fin principal para el que Dios ha llamado y reunido a las Hijas de la Caridad es para honrar a Nuestro Señor Jesucristo como manantial y modelo de toda caridad, sirviéndole corporal y espiritualmente en la persona de los pobres...

... que no tienen por monasterio más que las casas de los enfermos y aquella en que reside la superiora, por celda un cuarto de alquiler, por capilla la iglesia de la parroquia, por claustro las calles de la ciudad, por clausura la obediencia; sin que tengan que ir más que a las casas de los enfermos o a los lugares necesarios para su servicio, por rejas el temor de Dios, por velo la santa modestia...

...cuando las necesidades urgentes del prójimo, tienen que saber dejar a Dios contemplado en la oración para volver a encontrarlo en el pobre.

...cada uno de los gestos de las Hijas de la Caridad está verdaderamente al servicio de los pobres, porque la Compañía entera les está consagrada y todo en ella ha sido concebido con tal fin.

Y en su testamento: Tengan gran cuidado del servicio de los pobres y de vivir juntas en una gran unión espiritual y cordialidad.

Llegaron a Barcelona a finales de mayo de 1790 y los administradores del hospital les confiaron el cuidado de las salas de mujeres y de los niños expósitos. Y cuando se fueron, dos casas: el Hospital de Lérida y el Colegio -escuela pública de Barbastro-. El esfuerzo de las hermanas se va a desarrollar en medio de grandes dificultades. Su estilo y preparación van a demostrar su eficacia desde la caridad, de forma que se convertirá en paradigmática su forma de organizar la asistencia y de cubrir las necesidades con nuevas formas de cuidar⁴⁴. No existía un sistema público para garantizar una asistencia.

Así, el Hospital de las Cinco Llagas o Central de Sevilla (1840-1972) contiene una ingente documentación por los años que permanecieron en el mismo, la

⁴⁴ www.revistacodice.es/publi_virtual/II congreso-mujeres. (consulta: 8/10/2021). Aquí podemos encontrar el artículo del profesor Jesús Medrano Pérez, *Las Hijas de la Caridad, la expansión desde Francia y establecimiento en España. La llegada a Jaén*. Ponencia presentada en el II Congreso Virtual sobre Historia de las Mujeres (celebrado del 15 al 31 de octubre de 2010).

importancia de la institución y, sobre todo, por los archivos (histórico de la Congregación de la Misión y de las Hijas de la Caridad, histórico de las Hijas de la Caridad, Matritense de la Congregación de la Misión y Diputación de Sevilla). En cambio, de la Escuela de Nuestra Señora de los Dolores de Sevilla (1905-1907) solamente se nos habla de la fundación y la relación de las cinco hermanas que pasaron por la casa.

Las Hijas de la Caridad han estado presentes en la ciudad de Sevilla en las siguientes dedicaciones: sanidad, hogares, consultorio, guardería, enseñanza, cocina económica, prisión provincial, Escuela de Asistentes Sociales y experiencias apostólicas. Llegan a Sevilla en 1836 para hacerse cargo de la Casa de los Expósitos.

María del Carmen Calderón Berrocal⁴⁵ ha estudiado el Hospital de las Cinco Llagas. *Las Hijas de la Caridad están en el Hospital (1840-1972) donde se acogían a los más pobres -personas sin hogar, vagabundos, gitanos, etc.-* y esta institución disponía de muy pocos medios para su atención. Esta situación aumentaba el sufrimiento de las hermanas pues encontraron a los enfermos sin pijamas, las camas sin sábanas para cambiar, las mujeres sin camisones y los niños recién nacidos carentes de ropa. Fueron muchos los años que vivieron con gran estrechez. Lo más doloroso era la carencia de alimentos. Las hermanas jóvenes enfermaban de tuberculosis, muriendo varias de ellas. Las condiciones del edificio, galerías y salas eran pésimas. Y no digamos nada del llamado Asilo de Dementes. Para mejorar la alimentación, se ayudaban con productos de la huerta, una granja agrícola que crearon y una vaquería. Todo ello con la colaboración y el trabajo de más del 50% de los enfermos hospitalizados. Las situaciones difíciles se mitigaban gracias a la mutua colaboración, apoyo y unión que existía entre los médicos, hermanas y todo el personal.

Los médicos, con gusto y gratuidad, prestaban todo tipo de servicios a las hermanas y también lo hacían los alumnos de la facultad. Los enfermos

⁴⁵ Calderón Berrocal, M^a. C. “El Hospital de las Cinco Llagas entre Santa Catalina y Santiago Apóstol”, en *Tabularium*, n. 4 (2017) pp. 115-128. En este artículo María del Carmen Calderón analiza la personalidad de la fundadora y el significado de esta obra pía, a la vez que, tras varias investigaciones, nos indica el lugar exacto donde estuvo ubicado este centro hospitalario.

sobrepasaban los 900. A este grupo hay que añadir 60 hermanas de comunidad -de las que una decena solían ser muy mayores y de 14 a 15 novicias-, médicos, enfermeros, empleados y las alumnas de la Escuela de Enfermeras. El hospital movilizaba más de 1.000 personas diariamente. Entre las hermanas reinaba un ambiente de responsabilidad en los servicios, de disciplina y estímulo para atender lo mejor posible a los enfermos. Algunas hermanas trabajaban en las salas con más de 80 años de edad: *Siempre, siempre, al servicio del pobre*. La comunidad del Hospital Central, al ser la segunda fundación que se hacía en Sevilla se consideraba como la “Casa Madre”, junto a la Casa Cuna, que había sido la primera. El Hospital Central también ayudaba a otras casas de hermanas con los siguientes servicios: visita o consultas de los médicos a las hermanas enfermas; análisis y radiografía; operaciones; medicamentos; puestos de trabajos, sobre todo a los jóvenes procedentes del Hospicio de San Luis.

La procedencia del mayor número de enfermos era de los pueblos del entorno de la capital, familias muy pobres. A nadie se le ponía dificultad para entrar. El Hospital funcionaba en régimen mixto: Diputación Provincial y Facultad de Medicina. Después de la Revolución de 1868 -La Gloriosa-, todos los hospitales de Beneficencia Pública en España, pasaron a depender de la Diputación. Entre ellos, el Central de Sevilla. Pronto se vio la necesidad de separar los niños de los adultos. Los niños eran atendidos en la sala del Rosario, dedicada a Clínica Infantil, y los más pequeños se instalaron en la Casa Cuna. Los enfermos que llegaban diariamente eran recibidos por las Hijas de la Caridad, muchos de ellos mendigos y harapientos. En el Hospital también se encontraban enfermos afectados por la rabia, presos y prostitutas, con las que había trabajado el padre García Tejero, prepósito del Oratorio de San Felipe Neri de Sevilla, en los barrios extremos y marginales de la ciudad⁴⁶. El padre Tejero, con la ayuda de unas muchachas, les explicaba el catecismo. El 22 de junio de 1859, junto con la madre Dolores Márquez Romero de Osoro, fundó la Congregación de las religiosas Filipenses Hijas de María Dolorosa. En 1869 eran 16 religiosas y 50 jóvenes recogidas, muchas de ellas hijas de prostitutas. El 19 de julio de 1897 León XIII firmó el decreto de aprobación de la Congregación y en 1909 San Pío X aprobó sus constituciones.

⁴⁶ Martín Riego, M.-Roda Peña, J. *El Oratorio de San Felipe Neri de Sevilla. Historia y Patrimonio Artístico*, Sevilla. 2004, 325-330.

Durante los casi 140 años que las hermanas sirvieron a los pobres en este Hospital, ha habido en varias ocasiones grandes epidemias. Como es obvio, aumentaban considerablemente los enfermos. Las mismas hermanas que los atendían acababan afectadas. Tal es el caso de la epidemia del tifus exantemático, en el que murieron varias hermanas. En la epidemia que se produjo a finales del siglo XIX fallecieron entre 18 y 20 hermanas.

Digamos algunas palabras sobre los oficios desempeñados en el Hospital Central. En 1841 vemos a las hermanas en los siguientes servicios: laboratorio, quirófano, lavadero, cirugía de hombres, traumatología, rayos X, recepción, despensa, ropería, cirugía de mujeres, velas y farmacia. En esta última prestaron sus servicios dos hermanas: sor Benita Ochoa (1918-1987) y sor María Jesús Ortigosa (1943-2000). A medida que iban pasando los años se creaban nuevos servicios que venían a completar los anteriores. Los servicios señalados se encontraban en distintas salas, cuyos nombres ofrecemos para conocer las dimensiones del Hospital y el trabajo que en él se realizaba. Son nueve o diez para mujeres y otras tantas para hombres.

De 1931 hasta 1944 se incrementaron las dificultades. Por una parte, aumentaron los enfermos, heridos y accidentados, además de los numerosos mendigos e indigentes hambrientos que acudían durante la noche como urgencia social. Por otra parte, disminuyó el personal médico y el personal de ayuda y colaboración, pues a muchos se los llevaron a los campos de batalla. Y, como es obvio, debido a la situación bélica y postbélica, la alimentación escaseaba y se carecía de los productos más necesarios, entre ellos, el pan. Era la época del hambre. Hay que mencionar las situaciones dramáticas que vivieron las hermanas en la contienda civil de 1936 y las humillaciones que sufrieron por parte de grupos de empleados, practicantes y estudiantes con ideas y posturas contrarias a la filosofía del Hospital. Durante los años de la contienda pasaron por el Central más de 15.000 heridos. La escasez de recursos abría el Hospital a todo tipo de epidemias, entre ellas la del tifus exantemático de 1941. El daño causado por esta epidemia fue grande: médicos, hermanas y personal sanitario no eran suficientes para atender a tantos contagiados, muriendo la mayoría. Tres Hijas de la Caridad fueron víctimas.

Entre las obras nacidas por las hermanas del Hospital de las Cinco Llagas enumeramos las siguientes: *el Manicomio de Miraflores*, *Tienda-Asilo del Pumarejo* y *el Hospital Militar de Sevilla*. El Manicomio nace gracias al tesón y

constancia de sor Úrsula de Villalbaso, quien no escatimó sacrificio alguno para mejorar las condiciones de estos enfermos. Otra obra fue la Tienda-Asilo del Pumarejo o Cocina Económica con la creación de las escuelas Nuestra Señora de la Esperanza y una residencia para jóvenes procedentes de los pueblos cercanos a la capital. Por último, el Hospital Militar de Sevilla que, desde 1921 hasta 1940, estuvo conviviendo con el Hospital de las Cinco Llagas. Las hermanas del Central atendieron a los militares enfermos y, al poco tiempo, cinco hermanas constituyeron una comunidad independiente. Posteriormente, este hospital pasó a la Plaza de la Gavidia y más tarde a los terrenos de Pineda, con el nombre de Queipo de Llano.

En 1957 se crea la Escuela de Enfermería, estando al frente de la misma las Hijas de la Caridad, y como directora durante nueve años sor María Dolores Pérez de Saavedra. Jóvenes de distintos lugares y hermanas venían aquí a cursar sus estudios. Se trataba de enseñarles a trabajar con profesionalidad y desde el carisma vicenciano para que salieran predisuestas a favorecer a los pobres. Al comienzo había pocas alumnas y muy vinculadas a las hermanas, ya que en las salas se realizaban las prácticas. En 1966 eran dos hermanas las que dirigían la Escuela y las alumnas superaban las 100. La comunidad del Hospital de la Sangre se convirtió en una casa madre, ya que hermanas de Sevilla, Cádiz y Huelva participaban en los cursillos de enfermería, puericultura, etc.

A partir de 1970 se hablaba del cierre del Hospital Central. Es verdad que algunas estancias y dependencias estaban en muy mal estado, pero en el fondo, el enfrentamiento entre la Diputación y la Facultad de Medicina jugó un gran papel. En esta fecha la comunidad estaba formada por 52 hermanas. Cuando la Diputación canceló todo tipo de servicios a los enfermos, los de beneficencia pasaron a San Lázaro y los enfermos de la Facultad a San Pablo⁴⁷. La comunidad quedó dividida en tres grupos: uno para San Lázaro, otro para San Pablo -con las 9 hermanas más jóvenes- y el tercero -con 18 hermanas- pasaron a vivir en un piso, donde permanecieron hasta 1975, fecha en la que se cerró totalmente. Este último grupo atendió a los pocos enfermos que quedaron en el hospital. Este reparto de enfermos y hermanas creó una difícil situación para los hospitalizados -algunos fueron obligados a volver a sus casas- y para el mismo Instituto de las Hijas de la Caridad:

47 Datos que debemos a la generosidad de José Antonio Cadierno Carmona, alumno de la Escuela de Enfermería en 1970.

separación de las hermanas e integración en otras comunidades -Casa Provincial, San Lázaro, Casa Cuna, Manicomio, Santa Caridad y Cruz Roja-. Por último, un grupo de hermanas dejó la Compañía. Y, como es obvio, hay que mencionar el sentimiento humano de dejar un servicio donde llevaban casi 150 años. Por este establecimiento desde 1840 a 1972, habían pasado a lo largo de su historia 109 hermanas, según los Catálogos de la Casa Madre⁴⁸. En cambio, el Libro del Personal el Hospital solamente tiene registradas 109 hermanas⁴⁹.

En la provincia de Sevilla han estado dedicadas a las siguientes tareas: sanidad, enseñanza, cocina económica, ancianos, Mensajeros de la Paz y guardería. Estuvieron en estos otros sitios de la provincia:

Marchena: Hospital de San Jerónimo (Ancianos. Guardería)	1864-1991
Écija: Hospital de San Sebastián	1875-1972
Carmona: Hospital de San Pedro	1880-1966
Lebrija: Hospital y Escuelas de la Caridad	1887-1895
Dos Hermanas: Colegio de la Sagrada Familia	1892-sigue
Écija: Cocina Económica y Escuelas del Patrocinio de S. José	1900-1967
Écija: Asilo de Huérfanas	1909-1912
Umbrete: Escuelas y Asilo de Ancianos	1936-1964
Dos Hermanas: “Cerro Blanco”	1965-1966
Estepa: Guardería “Santa Margarita”	1965-1995
Castilleja de la Cuesta: “Mensajeros de la Paz”	1972-1981
Cazalla de la Sierra: Residencia-Hogar (Ancianos)	1972-1993
Alcalá de Guadaíra: “Mensajeros de la Paz”	1971-1983

48 Molina García de Pablos, A. *Recuperemos años nuestra historia.., o. c.*, pp. 47-48. De estas 140 hermanas tenemos los siguientes datos: nombre, solamente un apellido, fecha de nacimiento y entrada en la Compañía. Comienza la relación con sor Catalina Iturbe (nacida en 1797, ingresó en la Compañía en 1824) y finaliza con sor María Clemente. En esta relación solamente aparecen cuatro hermanas sirvientes (superioras): Antonia Piñol, Juana Aguirre, Teresa Mora y Melitona Jáurequi.

49 *Ibid.* pp. 49-50. En esta relación de 109 hermanas solamente figuran como información los nombres y los dos apellidos y, de 54 de ellas, también la fecha de nacimiento. En esta relación aparece como primera hermana registrada sor Úrsula de Villabaso Avasolo, nacida en 1830, y la última sor Josefina Salazar.

Cada una de esas fundaciones tiene una historia llena de aventuras y de servicio.

Las Hijas de la Caridad en Cádiz, tienen los siguientes establecimientos⁵⁰: *Casa de Expósitos (1830-1995)* con 5 hermanas en 1830, siendo la sirviente sor Vicenta Valle. En 1896 eran 14 hermanas y de sirviente sor Dolores Clariana y en 1924 la comunidad estaba formada por 20 hermanas, siendo la sirviente sor Marcelina Gómez; *Hospital de la Misericordia y de San Juan de Dios (1863-1948)*; *Asilo de San José (1885-1991)*; *Asilo de la Infancia “Reina María Victoria”*. *Asilo Gaditano de la Infancia y Maternidad Municipal (1890-1990)*; *Escuelas del Patrocinio de San José (1895-1972)*; *Colegio de la Sagrada Familia (1904-1974)*; *Hospital Militar (1922-1978)*; *Postulantado (1966)*⁵¹ . y en la provincia de Cádiz han estado presentes en las siguientes instituciones benéficas⁵²: *Hospital General “Santa Isabel de Hungría” (1854-1976)* en Jerez de la Frontera; *Asilo de San José (1862-1989)* en Jerez de la Frontera; *Hospicio de Varones (1864-1947)* en Jerez de la Frontera; *Casa de Huérfanas (1864-1943)* en Jerez de la Frontera; *Hospital de San Juan de Dios (1874-1977)* en El Puerto de Santa María; *Asilo de la Infancia y Gota de Leche (1892-1979)* en Jerez de la Frontera; *Escuelas de la Colonia Vinícola (1895-1938)* en Campano (Chiclana); *Asilo Nuestra Señora de los Remedios (1901-1906)* en Ubrique; *Hospital de San Roque (1909-1912)* en San Roque; *Colonia Escolar “La Piedad” (1937-1944)* en El Puerto de Santa María; *Cruz Roja (1952-1986)* en Algeciras; *Dispensario Municipal y Casa de Socorro (1956-1967)* en San Fernando; *Hogar de la Victoria (1959-1980)* en Chipiona; *Cruz Roja (1962-1987)* en Jerez de la Frontera; *Villa Milagrosa (1963-2003)* en El Puerto de Santa María; *Escuelas “Colonia de la Milagrosa” (1964)* en Sanlúcar de Barrameda; *Colegio-Internado Nuestra Señora del Pilar (1967-1975)* en Sanlúcar de Barrameda;

50 Ibid. pp. 227-315. De la Casa de los Expósitos se nos ofrece los siguientes datos: documento de contrata para el gobierno interior del establecimiento; continuación y perfeccionamiento de la Fundación Aramburu Mora; renovación de la primera contrata y convenio entre la Diputación Provincial de Cádiz y la comunidad de religiosas de las Hijas de la Caridad; su última etapa (hogar infantil provincial “Miguel Aramburu en Inda” y fin de su presencia en el mismo); relación de las 83 hermanas que pasaron por dicho establecimiento.

51 Ibid. pp. 313-316. El postulantado fue bendecido por el obispo de Cádiz-Ceuta, Antonio Añoberos Ataún.

52 Ibid. pp. 319-438.

Residencia Sanitaria “General Primo de Rivera” (1968-1982) en Jerez de la Frontera; *Centro Parroquial “San Rafael” (1969-1986)* en Jerez de la Frontera; *Guarderías Santísima Trinidad (1970-1982)* en La Línea de la Concepción; *“Centro de Educación Especial” (1975-1988)* en El Puerto de Santa María; *Guardería “Virgen de Palomares” (1976-1981)* en Trebujena.

Las Hijas de la Caridad en Huelva: En la ciudad de Huelva las Hijas de la Caridad solamente estuvieron presentes en dos establecimientos: *Casa Benéfica (Cocina Económica de San Vicente (1893-1987), Farmacia y Escuelas)*⁵³ y *Gota de Leche (1923-1986)*. Las hermanas compartían sus tareas y su vida en favor de los demás en dos centros: *Hospital Provincial y Escuelas y Obrador para jóvenes*⁵⁴. Entre los sacerdotes que atendieron a la comunidad de la Casa Benéfica figura Pedro Carballo Corrales⁵⁵, asesinado en Guadalcanal el 6 de agosto de 1936, de la que era cura propio desde 1919.

La Provincia Vicenciana de Granada (Almería, Córdoba, Granada, Jaén, Málaga ciudades autónomas de Ceuta y Melilla y Marruecos)

53 Ibid. pp. 441-460. Por esta casa pasaron más de cuarenta hermanas. Aquí ejercieron las Hijas de la Caridad un gran apostolado social. Según los datos conservados, fueron muchas las vocaciones surgidas para la Compañía: 56 en la ciudad de Huelva y 109 en los pueblos. Sobresalen Ayamonte con 18 vocaciones, Valverde del Camino con 14, Nerva con 8 y Cartaya con 7 vocaciones.

54 Ibid. pp. 461-466.

55 RUIZ SÁNCHEZ, J. L. *Mártires de la persecución religiosa en la archidiócesis de Sevilla (1936)*, Sevilla, 2021, pp. 217-246; MARTÍN RIEGO, M. *Los concursos a parroquias en archidiócesis de Sevilla (1611-1926)*, Córdoba, pp. 284-286. Pedro Carballo Corrales había nacido en Ubrique (Cádiz) el 10 de noviembre de 1886. Tras realizar sus estudios en el seminario de Málaga y en el de Sevilla, se ordenó de presbítero el 18 de diciembre de 1908, cuando cursaba quinto de teología. El 20 de marzo de 1915 obtuvo la licenciatura en teología. Desde 1911 a 1918 fue capellán de la beneficencia de Huelva, atendiendo a las Hijas de la Caridad, encargadas de la cocina económica y farmacia municipal de Huelva. Después de pasar por varios destinos (Paradas y Alcolea del Río), se presentó al concurso de curatos de 1918, obteniendo la parroquia de Santa María de la Asunción, San Sebastián y Santa Ana. El 18 de julio de 1936 lo detuvieron en la casa rectoral y fue llevado a la cárcel. Fue fusilado el 6 de agosto en el cementerio de Guadalcanal. Tenía 49 años de edad. Entre sus bienes, según dejó escrito en su testamento hológrafo, dejó a las Hijas de la Caridad que atendían la Beneficencia del Ayuntamiento de Huelva, el vestuario encarnado bordado en seda.

Las Hijas de la Caridad en Almería (fundan de 1846 a 1976).

Albox	Escuela Hogar Virgen Milagrosa	1896	4
Almería (capital)	Hospital Provincial	1846	3
	Hospital Cruz Roja	1957	3
	Colegio Nuestra Señora del Milagro	1892	4
	Colegio la Milagrosa	1907	No
consta	Comunidad San Vicente en Fuentecica	1973	3
	Hogar Virgen del Pilar		1941
	No consta		
Antas	Hospital Psiquiátrico	1901	3
	Colegio de San José	1923	3
Cuevas	Residencia de Ancianos Luisa de Marillac	1870	No
Chirivel	Obra Social Parroquial		1976 4
Garrucha	Guardería Virgen del Carmen	1915	4
Vera	Hogar de San Agustín	1872	6

Como podemos observar en esta relación tenemos en Jaén 13 casas, de las que 7 están ubicadas en la capital y las 6 restantes en diversas localidades de su provincia. Se trata de hospitales, colegios con sus internados, hogares, obras sociales y presencia de inserción en barriadas humildes. En los colegios, como es lógico, se notará las exigencias de las Reformas de la Enseñanza. En más de un establecimiento funcionaban las escuelas nocturnas y de alfabetización de adultos. En las casas dedicadas a hogares los cambios políticos afectaron a las hermanas, pasando de ser las que organizaban la vida de los mismos a colaboradoras en medio de un gran número de seglares. En los colegios solían crearse pequeños internados para las niñas estudiantes y que vivían en cortijos o en pueblos cercanos. También parroquias, y la comunidad San Vicente de Paúl en la barriada la Fuentecica, uno de los suburbios de la zona norte de la capital almeriense, atendiendo el Hospital Provincial y otra en el Colegio del Milagro. En 1977 la Cruz Roja solicita una hermana enfermera para los dispensarios de los barrios marginados, entre lo que se encontraba la Fuentecica. Pasados los años, tres hermanas trabajaron en: Cáritas diocesana, centro social “Quemadero”, dispensario de la Cruz Roja, club de pensionistas, catequesis de jóvenes y niños, comedor social en el colegio de la

Milagrosa y voluntarias de la caridad.

Las Hijas de la Caridad en Córdoba (1843 a 1986).

Baena	Residencia Divino Maestro	1874	No consta
	Hospital y Colegio de la Milagrosa	1874/1906	5
Bélmez	Residencia de Ancianos Virgen Remedios	1982	3
Bujalance	Residencia y Colegio de la Milagrosa		1878 5
Cabra	Colegio Educación Especial Niño Jesús	1931	4
Cerro Muriano	Hogar Infantil Lucano		1966 4
Córdoba (capital)	Colegio de la Milagrosa		1908 8
	Colegios Provinciales El Carmen	1843	7
	Hospital General		1848 No consta
	Comunidad Polígono Guadalquivir	1986	4
	Hospital de la Cruz Roja		1923 3
	Hospital Psiquiátrico	1872	6
	Hospital Militar		1921 7
	Guardería Santa Victoria: el Naranjo	1961	2
Guadalcazar	Hogar Infantil Doña Concepción Cadenas	1981	3
Montoro	Residencia de Ancianos Jesús Nazareno	1862	5
	Hogar Familiar Huerta Mayor		1985 3
Peñarroya	Residencia de Ancianos		1985 5
Pozoblanco	Residencia Ancianos Hnos. Muñoz Cabrera	1978	No consta
Priego	Residencia de Ancianos Fundación Mármol	1956	5

Poco apoco van naciendo nuevos servicios en estos establecimientos. Tal es el caso de la Escuela de Enfermeras, erigida en 1969 en el Hospital General de Córdoba con unas 40 alumnas. Hay que mencionar la presencia de las Hijas de la Caridad en zonas muy humildes. Podemos verlo en la comunidad de Santa Luisa de Marillac en el Polígono Guadalquivir de Córdoba, barrio en el que se instalan muchas familias procedentes de chabolas y carentes de todo: trabajo, alimento, asistencia sanitaria, cultura, educación, etc. Las hermanas contaron con la

colaboración de voluntarios y de las Caritas diocesana y parroquial. En estos barrios desarrollaron su acción caritativa, acompañando a las revisiones médicas a las personas que vivían solas y dando de comer a los necesitados y transeúntes.

Las Hijas de la Caridad en Granada (1850-1982):

Armillá	Hogar Infantil del Niño Jesús	1932	No consta
	Residencia de Ancianos la Milagrosa	1970	No consta
Atarfe	Colegio Nuestra Señora del Rosario	1907	5
Cájar	Resid. de Ancianos la Encarnación y S. José	1925	3
Granada	Casa Provincial		1964
	Colegio Regina Mundi		1859
			No consta
	Hospital Clínico San Cecilio	1953	6
	Polígono de Almanjáyar		1969 4
	Hogar San José y Ntra. Sra. De la Asunción	1874	3
	Hospital Militar		1936 4
	Hospital de San Juan de Dios		1850 No consta
	Hospital de la Virgen	1955	No consta
		Residencia la Milagrosa	
	Residencia Regina Mundi	1978	15
	Residencia de Ancianos San Vicente	1981	No consta
Lanjarón	Colegio de la Santísima Trinidad	1900	No consta
Maracena	Colegio del Sagrado Corazón	1926	4
Santa Fe	Colegio de la Purísima		1889
			No consta
Ugíjar	Escuela Hogar del Sagrado Corazón	-	No consta
	Residencia Virgen del Martirio		1982 3
La Zubia	Colegio de la Sagrada Familia		1919 3

La primera casa fundada es la del Hospital de San Juan de Dios de Granada. Desde el 25 de enero de 1850, médicos, Hijas de la Caridad, A.T.S., auxiliares y personal sanitario siguen prestando sus servicios cuidando a los más desheredados: cuevas, chozas, leprosos, drogadictos, SIDA, delincuentes penales, ancianos de beneficencia, dementes y a cuantos por las calles se hallaban tirados, así como a extranjeros, etc. En 1980 se le impone la medalla del mérito al trabajo a sor Constantina Renado. Uno de los puntales de dicha comunidad fue sor Lorenza Pena, dejando su ejemplo de vida sacrificada y humilde. Colegios, hospicios, residencias de ancianos, hospitales... no están en libros pero todos hemos conocido en estos últimos decenios como continúan con su labor tantas religiosas, a las que se han unido las enfermeras que han surgido de su capacitación universitaria. De modo paralelo a las maestras.

En principio en el “Complejo Social Regina Mundi” se instalaron tres comunidades: la curia provincial, el colegio y la casa provincial compuesta exclusivamente por hermanas estudiantes. La comunidad de la Escuela de Asistentes Sociales fue suprimida por el poco alumnado también la de la Magisterio de la Iglesia que, juntamente con otras tres existentes en Granada (Nuestra Señora de las Mercedes, de las Mercedarias de la Caridad, la Inmaculada Concepción, de la Siervas de San José, y la del Ave María), se fusionaron formando la “Escuela de Magisterio del Ave María” en el Albaicín. Otras necesidades se hicieron presentes y el “Complejo Social Regina Mundi” salió al encuentro. El 1 de febrero de 1976 la amplia y hermosa capilla de la casa se convirtió en la parroquia Regina Mundi, regida por los padres Paúles. El 1 de mayo de 1978 se inauguró la residencia Regina Mundi para las hermanas mayores que cada vez eran más y para los padres y hermanos de las mismas que necesitaban atención y cuidado. Por último, el 28 de octubre de 1979 se bendijo el Club de Ancianos Regina Mundi para acoger a las personas jubiladas, bien por edad o por enfermedad, como lugar de descanso, paz, expansión y amistad. Como los locales del club de jubilados eran muy amplios, se instaló en el mismo un comedor con 12 o 14 mesas donde cada día acudían entre 60 y 80 personas necesitadas y vulnerables.

Las Hijas de la Caridad en Jaén (1846-1984)

Alcalá la Real	Residencia Juvenil Rosales	1984	2
Andújar	Colegio San José		1930
			No consta
	Seminario Reina de los Apóstoles	1966	2
Baeza	Resid. de Ancianos y Hogar la Milagrosa	1871	5
Bailén	Colegio Sagrado Corazón	1916	5
Jaén	Colegio San Vicente	1898	5
	Comunidad Betania	1974	2
	Obra Social Barrio del Tomillo		1970 2
	Hogar de la Victoria	1952	7
	Hospital Provincial	1846	8
	Hospital Psiquiátrico los Prados	1950	5
	Residencia Santa Teresa		1848 7
Linares	Hogar Nuestra Señora de la Cabeza	1876	4
Siles	Residencia Ancianos y Escuela Hogar	1917	No consta
Úbeda	Colegio la Milagrosa	1936	No consta

En 1846 se estableció la primera comunidad de las Hijas de la Caridad en la ciudad de Jaén para hacerse cargo del Hospital Provincial, regentado hasta entonces por los Hermanos de San Juan de Dios. En la década de los 50 se crea un pabellón, donde se ubicó la Escuela de Enfermeras, la primera de Jaén.

Las Hijas de la Caridad en Málaga (1856-1989)

Alhaurín el Grande	Centro de Acogida	1949	No consta
Antequera	Hospital General		1856
11			
Fuengirola	Colegio María Auxiliadora	1945	3
Málaga	Asilo		1861 3

	Casa Cuna: Santa Catalina Labouré	1955	15
	Colegio Santa Luisa Marillac	1954	6
	Colegio San Manuel	1905	No consta
	Guardería en la Barriada la Palma	1974	3
	Escuela Trabajo Social San Vicente de Paúl	1959	3
	Hogar Provincial Ntra. Sra. de la Victoria	1892	10
	Hospital Provincial	1857	8
	Comunidad Virgen del Mar	1972	No onsta
	Hospital Noble		1870 4
	Hogar Nuestra Señora de los Ángeles		1909
			No consta
	Hospital 18 de Julio	1943	6
	Colegio “Virgen Milagrosa”	1950	No
			consta
	Residencia “Virgen Milagrosa”		1975 5
Periana	Escuela Hogar San Vicente de Paúl	1986	4
Ronda	Hospital de Santa Bárbara	1910	3
	Guardería Infantil Laboral San Rafael	1977	no consta
T. de Benacalbón	Institución Mariana La Marina	1970	3
Torremolinos	Colegio la Milagrosa: El Vigía	1930	3
	Residencia Torremolinos		1989

En 1856 para hacerse cargo del Hospital Provincial o de San Juan de Dios. Ya recientemente en el S.A.S., las hermanas, con contrato comunitario de siete, vivirán fuera del establecimiento hospitalario.

Son numerosas las colas en demanda de estos servicios que, muchas veces, no prestan las instituciones civiles, aplicando el principio de subsidiariedad. Estas colas aumentan en los momentos de crisis. El caso más claro ha estado en la pandemia del Covid-19.

El Hospital de Mujeres de Calatayud, obra pía de D. Pedro y D. Luis Martínez de Luna a finales del siglo XVII, representa la idea de asistencia sanitaria que

predominaba en la Edad Moderna peninsular: En primer lugar, se trata de un caso de patronazgo nobiliar que debía asegurar a sus fundadores una presencia en el espacio urbano y en la memoria de sus vecinos; en segundo lugar, una racionalización de la asistencia sanitaria que empezó a situar en su lugar la curación del cuerpo —como puede dar idea el completo cuerpo médico con que va a contar y el literal de las Ordenaciones de 1739 que regula el funcionamiento del nosocomio bilbilitano—; y, en tercer lugar, una muestra de la evolución de la beneficencia a través de una dotación económica basada en propiedades urbanas y rústicas lo suficientemente cuantiosa como para satisfacer las necesidades que genera el funcionamiento del propio centro con esta capacidad asistencial y elevado número de camas y entregar, además, limosna a las mujeres que son dadas de alta documentada a principios del siglo XIX. Su desaparición se produce en un momento de crisis económica, producto de la Primera Guerra Carlista, y la necesidad de poder mantener un hospital municipal que hiciese las veces de general.

Uno de los documentos de la época nos cuenta el origen de cómo las mujeres ya rigen esos hospitales: “1700 hospital de Jesus Nazareno en Málaga Mariana y Leonor de Torres, María Guerrero, Francisca Gomez, Maria y Ana de rojas, hermanas beatas de la orden de terceras, profesas del hábito descubierto de san pedro de alcántara. Madres rectoras de la institución”.

5. Labor hospitalaria de las mujeres en Granada

Lleva su historia 500 años, desde su fundación en tiempo de los Reyes Católicos. Con el Hospital Real hubo otros del mismo tiempo y estilo, pues está en línea con el Hospital Real de Santiago, Hospital de la Santa Cruz en Toledo, los tres diseñados por Enrique Egas, el más famoso de comienzos del siglo XVI, “en un método eficaz para el control y el confinamiento de la población marginal”, grandes epidemias, “instituciones normalmente llenas de pobres y desheredados, en los que se practicaba más la beneficencia que la asistencia a los enfermos”⁵⁶. El hospital será un encierro para los que pueden distorsionar el orden público en cuanto a maquinaria burocrática, y un lugar de misericordia para vivir la caridad. Tanto

⁵⁶ María de la Encarnación Cambil Hernández, *Sociedad e instituciones asistenciales en Granada, 1500-2000, Historia de los hospitales de Granada*, Atrio Editorial, Granada, 2003, puede consultarse también en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=2300158>

enfermos como sífilis, enfermos mentales... todo ello evoluciona y cristaliza en el hospital real. Es absurdo ver a los mendigos cuando desde el medievo en Italia se les dice a los ayuntamientos que les den trabajo. Ya hay hospitales así en el s. XIII en Italia, de donde se toman esos modelos que evolucionan. La misericordia es una obra mandada para la propia salvación, y Vives habla de ello. Es un camino hacia el cielo, y fundar instituciones de beneficencia es el mejor acto para invertir en la propia salvación, cuidando a los demás.

El hospital nació como centro de internamiento y acabó como sitio para resolver problemas patológicos. Viene del latín *hospitales*, ser amable con los huéspedes. La misma raíz que *hotel*, de *hospes* que es huésped o forastero. A finales del XVIII hay muchos pobres y desposeídos (novelas de Dickens), abundancia de epidemias y valores ético religiosos de atención a los extraños.

En la conquista de Granada, la ciudad de la Alhambra tendrá numerosas instituciones porque tanto la corona como las instituciones religiosas tienen puesto ahí el ojo. Sin embargo, la figura de san Juan de Dios es angelical, única.

Hacia 1500, Granada es una de las ciudades más pobladas de la península ibérica, con unos 50-60.000 habitantes. Entre ellos, ex-cautivos, ex-soldados, vagabundos, prostitutas, viudas, huérfanos, enfermos y lisiados, locos, leprosos, mendigos y desocupados, y peregrinos.

Durante la Edad Media, los hospitales eran monopolio de la Iglesia. Estaban separados en ellos hombres y mujeres. Y había también hospitales para cada uno de los sexos. En el hospital de San Lázaro, como otros, eran especializados. Se piensa que es un problema que la calle esté llena de indigentes, y se organizan hospitales por parte de las instituciones civiles. En el campo del príncipe, del Realejo, ya Granada cristiana, se levanta un hospital grande, y una sede episcopal, luego San Francisco Casa Grande, sede luego de Capitanía General. Había el hospital general de moriscos (fines XV), de la Alhambra 1492 (se traslada al hospital real su fundación), del Corpus Christi finales XV, de Santa Ana 1492 (solo para hombres; luego se traslada al edificio almirante Aragón del campo del príncipe, ahora escuela de Bellas Artes), de la caridad y el refugio 1501 (sólo para mujeres enfermas en la calle Elvira, que se trasladó en el XX y hoy asilo de ancianas), de peregrinos 1501, de san

lázaro 1502 (de lepra, luego infecciosos hasta 1973), real 1504 (en el XVIII van ahí los locos, hasta mediados XX, que ahora es sede de los servicios centrales de la Universidad), de san Juan de Dios 1539 (llamándolo de otra manera, hasta que murió el santo: caso único, sin condiciones, cuyo reglamento eran las obras de misericordia, granada siempre confían en él y legan sus herencias y donativos cuantiosos), de la misericordia (primera mitad del xvi, fundación Ágora hoy), de Navas 1557, de San Sebastián 1557, del Arte de la seda 1565, de la Santa Cruz 1565 (ahora Centro de Lenguas modernas). Unos de fundación estatal, otros de patronazgo. Cofradías también (algunas hermandades profesionales y religioso-benéficas). Algunos como el de las Angustias era iglesia antes que hospital. Eran lugares de aislamiento y antesala de la muerte, nadie quería ir allí sino que iban los desheredados. Decía Luis Vives en 1526: “doy el nombre de hospitales a aquellas instituciones donde los enfermos son mantenidos y curados; donde se sustenta un cierto número de necesitados; donde se educan niños y niñas y se crían hijos de nadie; donde se encierran los locos; y donde los ciegos pasan la vida. Sepan los regidores de la Ciudad que todos estos ciudadanos son de su incumbencia”⁵⁷. En 1754 se hará una reunificación en Granada, y en Málaga en 1779.

En el XIX la beneficencia del Estado es muy pobre, puede verse el estado social de España en Madrid, en las novelas *Marianela*, *Misericordia* y otras de Pérez Galdós, fiel retratista del siglo XIX como lo fuera Goya en pintura. En esta época hay más epidemias, ya las había de tifus, peste, gripe, viruela, sarampión, tabardillo, sífilis... de cólera también ahora, la medicina se vuelve más experimental, y aparecen hospitales nuevos (como el militar) y desaparece el de Santa Ana, va adquiriendo un carácter más civil, a cargo del Estado, diputaciones provinciales y ayuntamientos, se consolida el Hospicio general y Cofradías, y otras instituciones van desapareciendo. No había cloacas (sí las había en otras culturas, como en la ciudad de Roma desde la época del imperio).

Desde que en 1532 se inician los estudios de medicina en la Universidad de Granada. En la vida hospitalaria de la Granada del siglo XVI un hombre, Juan Ciudad Duarte, conocido como Juan de Dios, va a jugar un papel absolutamente

⁵⁷ Sanz samplelayo, j. 1973, 172; cit en 75.

decisivo. Primero fundará un pequeño Hospital en la calle Lucena donde todavía una placa, hoy en día, recuerda su existencia; con posterioridad instalará un segundo Hospital en la Cuesta de Gómeres junto a la Alhambra. Finalmente y tras su muerte, su continuador, Antón Martín, que pronto extenderá su obra en Madrid, consigue un amplio solar en la calle San Jerónimo. En dicho solar y con la colaboración del pueblo de Granada se crea y se construye el Hospital de San Juan de Dios. Un Hospital que durante más de cuatro siglos va a estar profundamente vinculado a la vida de la ciudad y durante muchos años a nuestra Facultad de Medicina. Comienza a dar un giro copernicano a la atención y a los cuidados médicos; separa a los enfermos según sus dolencias y logra para ellos algo parecido a lo que hoy podríamos llamar una atención de tipo personal. El insigne neurólogo italiano Césare Lombroso afirmará siglos más tarde que en San Juan de Dios y en la Granada del siglo XVI está el origen del Hospital moderno. En el siglo XVIII la sede de la Universidad se traslada al Colegio de San Pablo, luego a un edificio anejo al Hospital de San Juan de Dios. En 1912 una mujer, Eudoxia Piriz, comenzó los estudios de medicina en nuestra Facultad. Los concluyó en 1920, siendo la primera mujer formada en una Facultad de Medicina andaluza. En 1923 se da de alta en el Colegio de Médicos de nuestra Ciudad.

El Real Hospicio de Granada, en el Hospital Real, hay reeducación de mujeres públicas, acogida de niños expósitos, integración de centros asistenciales... mientras, hay una despoblación de España que durante 10 siglos parece que se mantiene en torno a los 10 millones, con sus vaivenes. Esta crisis sanitaria está reconocida, basta ver la comunicación de ese estado a Fernando VI.

El antiguo concepto de caridad, que tranquilizaba las conciencias de muchos adinerados por no preocuparse de los pobres más que dándoles migajas, ahora se le considera cría de vagos y causa del retraso económico. Quiere la nueva ilustración salir de la inacción de esta estructura social tan endeble. Las juntas de sanidad territoriales querían dar un empujón a la escasez de atención a esos centros. Aunque los resultados no parecen ser muy buenos, hay medidas antireligiosas y así en el XIX con la desamortización, pasan a Beneficencia los hospitales religiosos.

Mendez Álvaro, en *Boletín de Medicina Cirugía y Farmacia*, se queja de la poca atención en los centros sanitarios:

Generalmente yacen los infelices en tarimas de madera, donde se anidan millares de insectos, cuya limpieza es imposible, inseguros y vacilantes sobre estas tarimas se coloca un jergón, o a lo sumo un colchón malísimo que se hunde en los cordeles de las tarimas, empleando en la cama unas sábanas que no alcanzan a cubrir el cuerpo con una mala manta que constituye el único abrigo. En pocos hospitales hay camas de hierro, seguras, bien dispuestas y fáciles de limpiar, y en poquísimos o ninguno se encuentran camas de las empleadas hasta ahora para combatir ciertas dolencias y que constituyen uno de los elementos principales de curación.

Suciedad falta de aseo, focos de infección. Mala dirección y administración. Es un cúmulo de errores. Y estos son los hospitales que atienden las Hermanas de la caridad: por ejemplo en San Lázaro vivían en la 3ª planta.

Ya en el siglo XX, se construyen hospitales nuevos en Granada, como el Julio Ruiz de Alda, la Ciudad universitaria Virgen de las Nieves (paralelo al Virgen del Rocío de Sevilla), el hospital de San Juan de Dios a la orden hospitalaria, el Hospital Clínico, etc. A partir de la mitad del siglo XX hay una unificación de los hospitales en los llamados Generales, y construcción de muchos de ellos en las capitales de las provincias españolas, que son los que se han ido arreglando y perduran hasta hoy.

6. Beneficencia y labor hospitalaria de Pablo de Olavide

Pablo de Olavide, Director de hospicio en Madrid

En el XVII el Hospital General de Felipe II se alza en Madrid para atender a los enfermos, y seguirá ese hospital hasta el siglo XX. Carlos III en 1787 crea el Real Colegio de San Carlos en sus sótanos para formación de los cirujanos civiles, germen del Hospital Clínico de San Carlos.

En 1766 el conde de Aranda tomó la decisión de encerrar a los pobres no inválidos en un hospicio. Pablo de Olavide será el encargado de ello, en el real sitio de San Fernando de Henares. Se hizo cargo también del Real Hospicio del Ave María y San Fernando de Madrid, fundado en el siglo XVII; lo hizo y podía albergar a 1000 personas inmediatamente (hombres, mujeres y niños) y que el coste sería de 321

12 cuartos por individuo, trabajarían en fábricas de Vicálvaro, en telares, en el nuevo hospicio. Algunos pobres adolecían de sífilis y Olavide los acogió en un "hospitalillo" construido aparte en el Hospicio de San Fernando de Henares, donde se los curaba con métodos médicos modernos del extranjero. Tuvo mucho éxito.

Su vida fue rica en llevar las ideas ilustradas a muchos lugares de Andalucía. Fue **Asistente de Sevilla**, donde se entrampó por meterse en asuntos que no eran de la competencia. Encargó un plano de la ciudad, que organizó en sus calles poniendo azulejos. Y creó el Paseo de las Delicias en el antiguo camino de la Bellaflor. Hizo un censo de todas las asociaciones religiosas (cofradías, hermandades, etc.) de Sevilla que celebrasen una o más fiestas al año. Olavide contabilizó 1120. Solo 9 contaban con autorización real, a las que dio asistencia en hospitales y prisiones y a las que contribuyesen al esplendor del culto en las parroquias que tuviesen recursos insuficientes, pero no lo consiguió. Pensó hacer el Guadalquivir navegable hasta Andújar. Y fomentó el teatro.

Plan de reforma universitaria

Aparte de la Carolina y repoblación de Sierra Morena, de vuelta a Sevilla el panorama de la enseñanza superior en el siglo XVIII era singular. La Universidad de Sevilla era una dependencia del Colegio de Santa María de Jesús, fundado en el siglo XVI, y el colegio escogía al rector. Por otro lado, se encontraba el Colegio de Santo Tomás, fundado en el siglo xvi por los dominicos, y que también tenía rango de universidad. Hasta 1767 los jesuitas rigieron en Sevilla el Colegio de San Hermenegildo, donde se enseñaban humanidades que no figuraban en el programa de la universidad (Retórica, Poética, etc.), así como Filosofía y Teología.

En 1769 hace una reforma de los estudios universitarios. El edificio del Colegio de San Hermenegildo sería un hospicio.

Hizo también un plan de reforma agraria, pero tanto cambio le causó enemistades. La campaña contra Olavide comenzó cuando quiso poner bailes de máscaras durante el Carnaval y la Inquisición lo denunció por ilustrado.

Algunos historiadores han señalado que Olavide fue procesado porque el rey

Carlos III lo permitió. La razón, según José Luis Gómez Urdáñez, fue que el rey quiso dar un aviso a los "heterodoxos" de que las innovaciones tenían límites así como cierta libertad de costumbres.

El autillo de Olavide fue probablemente el de mayor repercusión pública en la historia de la Inquisición, tanto en España como en el resto de Europa, lo que contribuyó a desprestigiar a la institución.

Olavide se instaló en Almagro con el objetivo de estar más cerca de los baños para la primavera próxima. Alquiló el antiguo colegio de los jesuitas, donde condicionó dos viviendas (una para él y su mujer y otra para sus primos) y donde fundó un hospital en el que se atendía gratuitamente a las mujeres pobres. También se dedicó a costear la estancia de mujeres en el Hospital de San Juan de Dios de Almagro. Pero le acusaron y tuvo que irse. Luego, exilio en Francia.

En la primavera de 1792 llegó al Castillo de Meung la esposa de Le Couteulx. Ella tuvo la iniciativa de fundar una Junta de Caridad, con la cual Olavide contribuyó. Esta había instalado ese año en el castillo varios telares con el objetivo de dar trabajo a mujeres, y Olavide transformó esto en una fábrica de paños con la cual vestir a ancianos y niños pobres.

7. Consideraciones conclusivas

Hemos visto como un primer aspecto de esta beneficencia es el servicio de la mujer en los centros de salud; ha sido una labor fundamentalmente femenina a lo largo de la historia; es uno de los aspectos en que la mujer ha podido tener visibilidad, en el servicio y especialmente al cuidado de la vida y la salud. La historia de la beneficencia ha tenido en el ambiente hospitalario un predominio de hombres para la dirección y organización, pero la mujer ha tenido siempre un papel fundamental en la atención directa al enfermo, su labor se ha dirigido primordialmente hacia las obras de misericordia. Y esta ha sido una de las pocas cosas que pudo hacer: en el ámbito privado la mujer ha cuidado siempre la atención de los enfermos, sobre todo en el ambiente de la familia donde está la mayor parte de esa atención a los enfermos, pues sólo una pequeña parte se ha realizado y se realiza en los centros hospitalarios. Por tanto, hay que pensar en que hay como dos ámbitos perfectamente

diferenciados, en la familia y en las instituciones sanitarias.

Ha sido en la historia más reciente cuando las instituciones públicas han podido desarrollar una atención sanitaria organizada y centralizada (a la mitad del siglo XX, en España). Hasta entonces, la mujer ha tenido el papel preponderante en los ambientes sanitarios, pues el cuidado profesional de la salud en las instituciones supone el 12% del total de la atención a enfermos, y el dedicado a ellos en el hogar es el 88% restante, se ocupan de ello los familiares o cuidadores más cercanos. No podemos separar esa labor de atención a los enfermos, de beneficencia, de lo que es el cuidado de la salud, pues en hospitales se atiende una pequeña parte de esa atención, repito que el 88% de la atención de las personas enfermas se realiza a través de los familiares o cuidadores más cercanos.

Es un dato invisible como ha sido invisible la acción de la mujer tanto en el ambiente familiar como en el ambiente de hospitales y obras de beneficencia, donde también ha tenido un lugar preponderante en su servicio. Y en los documentos de historia de los hospitales, y de la atención hospitalaria, no se contempla esta atención, ni en las estadísticas: normalmente el eje de la asistencia sanitaria social lo constituyen los profesionales varones, siendo la mujer relegada a un servicio que está admitido pero no reconocido, tiene una invisibilidad pública siendo el elemento más importante en el cuidado de la salud y en general de toda beneficencia.

Los cuidados ofrecidos en instituciones sanitarias, ámbito en el que se invierte la mayor parte de los recursos económicos estatales, es muy costoso, y ahora parece que empieza a verse que les compensa dar algunas ayudas a la atención en casa, porque han visto que el cuidado domiciliario convenía pagarlo porque de esta manera se gasta menos que si esta persona son atendidas en los hospitales de larga duración; es decir que empezamos a valorar esa presencia invisible de las personas que cuidan de verdad al enfermo, y no sólo algunos profesionales que hacen intervenciones puntuales en los centros de salud y hospitales. Este no visibilizar sistemáticamente esta realidad escondida en el interior de tantos hogares es una injusticia más que se ha hecho a la mujer, si no era reina o abadesa (dentro de la estructura feudal, solo la nobleza y las monjas tenían relevancia; y luego en la sociedad burguesa solamente se permitía a alguna mujer de alta alcurnia esa visibilidad).

El logro -tanto de varones como de mujeres- que ha supuesto la incorporación a la mujer al ámbito profesional de las tareas de las ciencias Bio-sanitarias ha sido un gran avance, en la historia de la labor de la mujer en el ámbito de la salud. Ella siempre ha tenido un cuidado especial en los temas de la salud y de la vida. Este será nuestro primer punto de estas reflexiones. En un segundo punto iremos desgranando algunos aspectos más concretos de esta intervención de la mujer en el campo de la atención al enfermo. Desde la antigüedad ha trabajado la mujer en el ámbito doméstico, así como también en el trabajo del campo, tanto la historia (arqueología y fuentes documentales de todo tipo) como la literatura nos muestran que los trabajos de la casa y de los trabajos alrededor de la casa han sido un ámbito femenino de trabajo, como el cuidado de los animales domésticos: aves, conejos, cerdos, corderos... el trabajo de campo es junto a la casa el ámbito, el “territorio” en que la mujer se ha desarrollado aparte claro está de las personas que tenían un rango particular: las reinas y monjas que poseían un ámbito de libertad. La mujer está en casa y el hombre es más dado a viajar, en sus comercios, a cazar, etc. Eso no quiere decir que la mujer no colabore por supuesto en los mercados vendiendo los productos de su labor de campo en los servicios locales, pero su centro es el hogar donde se ha vinculado a la mujer toda la vida, a lo largo de la historia. Ella ha tenido un lugar preponderante en el cuidado de la salud y de la vida, y toda vida vulnerable o enferma o en riesgo ha estado siempre al cuidado de la mujer, ha sido dependiente de esas atenciones: curar, lavar, alimentar...

Por tanto la mujer ha estado a cargo de la vida no sólo en dar a luz sino en todo lo referente a la vida: educar a los hijos y también a cargo de la atención de la salud de las personas mayores y enfermas. Durante muchos siglos, y hasta el siglo pasado prácticamente, la incorporación de la mujer a la medicina profesional era anecdótica excepto en Italia donde desde el siglo XIII vemos que hay mujeres en la universidad pero esto fue la excepción, no se dio esa apertura en otros países. Apertura que se ha dado en estos últimos años, y hoy día ya es mayoritaria también en las universidades: en 2016, más de 70 % de los estudiantes de todas las disciplinas de ciencias de salud eran en España mujeres, y en cuanto a los colegiados se ha pasado de ser un 1% en 1955 al 49,11% es decir que ha subido hasta la mitad en 2015, y siguiendo la estadísticas actuales se puede decir que en la profesión de enfermero la preponderancia de la mujer es mayoritaria, es una profesión prioritariamente femenina desde que se ha oficializado la atención femenina a los enfermos. Hasta

entonces esa labor femenina (siendo la mayoritaria) estaba invisible, excepto cuando públicamente se reconocía, porque estaba en manos de nobles o monjas que se dedicaban a la beneficencia. Si la más importante atención sanitaria -más de un 80%- hemos dicho que se realiza en casa, en el hogar, cuando se ha permitido la incorporación de la mujer al mercado laboral, también las mujeres son ya la mayoría, el 84% del total en 2015, y en el caso de colegiados con título de comadrona llega a ser el 94%.

Las estadísticas actuales nos hablan de que mientras que el hombre se centra más en los aspectos técnicos de solución de enfermedad, la mujer se centra más en la atención a la persona. Es decir, que por ahora la ética del cuidado es un campo más femenino. La mujer se ha dedicado mayoritariamente al cuidado de la salud en el hogar: las estadísticas nos dicen que la mujer prototipo que cuida enfermos en casa tiene 57 años (es la media de la edad), se trata de una mujer casada, y que es hija o cónyuge de la persona cuidada. La mayoría 60% de los cuidadores principales son mujeres, el 75% de los pacientes que tienen alguna discapacidad, el 92% los que precisan atenciones especiales. Es decir que es prácticamente la inmensa mayoría. También las estadísticas nos dicen que estas cuidadoras presentan dificultades de salud pues les absorbe tanto la atención a esas personas, que presentan cuadros de estrés, de irritabilidad, de tensión, de tristeza... Además, cuando muere este ser cuidado se encuentran con un hueco, con un vacío existencial, porque han estado tan absortas en la persona enferma que cuando ésta se va, tienen un duelo especial, ese vacío total en su corazón. A mí se me ocurre que esto es como si queremos ayudar a una persona que está en las arenas movedizas; si queremos ayudar a alguien que está en las arenas movedizas, no podemos estar dentro de ellas porque nos engullen, tenemos que estar fuera para poder ayudar a la persona que está dentro, como las personas enfermas son muy absorbentes hay que decirles a veces que debemos ausentarnos, que hay trabajo y decir "ahora vengo" y así tener unas horas al día dedicadas a otras cuestiones porque si no uno cae en las arenas movedizas, cae en el ambiente digamos enfermizo que rodea al paciente, y es difícil poder ayudar cuando uno está dentro de esas arenas movedizas, se hunde con el enfermo.

Esto es porque la empatía tiene el peligro de crear un vínculo que absorbe demasiado, la vulnerabilidad de la compasión puede hacer caer a la persona que

cuida a un paciente dentro de su vulnerabilidad, no tomar la distancia con el otro.

Pero esta vulnerabilidad va congénita al servicio que se hace de todo corazón; hay que agradecer a la mujer que históricamente ha sido la clave de la bóveda sobre la que sostener un sistema de atención sanitaria. El sistema deficitario de salud pública que ha habido a lo largo de la historia se ha sustentado en la beneficencia y sobre todo en esa labor de la mujer.

Un tercer punto sería ver esa historia de la mujer en las obras de beneficencia sanitarias, en los hospitales. Esa historia que podríamos decir que ha tenido la mujer como cuidadora de enfermos en las obras de misericordia ya está presente en la mitología griega, que nos habla de que Antígona prefiere contravenir las leyes humanas y enterrar a su hermano a un poner en peligro su vida: por misericordia, porque es preciso obedecer a los dioses antes que esas leyes injustas, y así Creonte, cuando se entera la castiga a muerte, a ser encerrada en vida; luego ella se mata ahorcándose. Antígona prefiere esa ley interior de los dioses a la ley humana.

En la Biblia vemos también una mujer que cuida a Josué, esta inmortalizada en el episodio de la conquista de Jericó; en la novela *La rosa de Jericó* se expresa de forma novelada con multitud de detalles.

La invisibilidad que tiene la mujer en ese ambiente patriarcal y masculino que aún perdura o al menos que ha habido hasta hace pocos años en la sociedad, si no eran reinas o monjas, viene desde antiguo. En Egipto encontramos excepciones en algunas mujeres egipcias parteras de profesión. Se nos narra la valentía de alguna, pues en época de la matanza famosa de niños varones de Israel siguiendo la orden del Faraón. Estas mujeres salen en la Biblia en Éxodo 1:15-19 etcétera como personas inteligentes y misericordiosas que buscan excusas para no matar; es decir realizan auténticos actos médicos y cuando son preguntadas responden: “es que las hebreas no son como las mujeres egipcias, son más vigorosas y dan a luz antes que llegue la partera”. Su astucia les permite engañar al legislador injusto, y salvar a los niños actuando de forma ilegal. Son un ejemplo de qué es la Medicina: salvar, priorizar la vida, y dice la Biblia: “Dios favoreció las parteras y el pueblo seguía creciendo y fortaleciéndose; y por haber temido a Dios las parteras él les concedió numerosa descendencia” (en el contexto de que la descendencia era signo de predilección divina).

Siguiendo con la época pre cristiana podemos hablar de que la medicina en la mujer ha sido expresado en la mitología a través de las diosas curanderas y doctoras; la mujer ha cuidado la salud de mil formas aun sin tener visibilidad. En todos los países, la figura femenina de la cuidadora no han faltado, en todos esos siglos que pueden llamarse de época precientífica de las ciencias de la salud. En múltiples tradiciones, el número de deidades femeninas es incontable, y podríamos aquí hacer una lista que o una glosa de muchas de esas diosas: Afrodita, Atenea, Minerva, Diana... imágenes de lo que será la figura de María en el cristianismo como “salud de los enfermos”, venerada en esta advocación.

En China encontramos tantas instituciones de curación desde épocas paralelas a las cristianas del siglo VI, cuando hay casas y hospitales. Aunque ahora nos centraremos más en occidente, que es más conocido para nosotros.

La antigua Grecia tiene centros de asesoramiento médico, y en ella como las demás antiguas civilizaciones figuran la presencia de madres, esposas, y esclavas que han practicado sus poderes sanadores en ayuda de los enfermos.

En Egipto a la primera mujer doctora de la que hay constancia escrita le llaman doctora jefe es muy antigua (un milenio antes de Cristo), y aparecen mujeres operando, circuncidando, curando. En Grecia ya en el siglo XII antes de Cristo vemos a expertas en plantas medicinales con fines curativos

...

El despegue de la mujer será muy lento. Es innegable que la mujer no ocupó lugar en la trama de la historia europea oficial, desde el Imperio Romano no tiene existencia legal y ya en la época medieval vemos que algunos derechos de pueblos conquistados llamados bárbaros tenían una condescendencia o dignidad hacia la mujer mayor que ese derecho romano tan centrado en el poder del *pater familias* y que tiene derecho absoluto.

En época romana hay excepciones: las matronas que en esa sociedad romana donde se financiaba todo a través de la presencia de personas que hacían obras de beneficencia y así también ganaban honores y popularidad y hacían como el papel del César dentro de su territorio, hacían beneficencia a ejemplo de la benevolencia del César. En algunos casos se trataba de hacer edificios y era obra de varones, pero

las mujeres matronas podían también hacer esa beneficencia en nombre del marido. Alguna diferencia había pues eran más selectivas en sus obras benéficas, no hay datos de que ellas festejaran combates de gladiadores y cosas por el estilo. Es una diferencia con respecto a la financiación masculina. Vamos a ver el caso de una de esas patronas, precisamente en estas tierras. En Hispania vemos ese papel de las mujeres en más de 100 casos. Vamos a repasar una de ellas, Fabia Adrianilla.

Fue aquí, en esta tierra de Sevilla. Ella tiene una inscripción que hicieron en su honor que muestra el protagonismo y el caso llamativo de su beneficencia y este es el texto castellano de traducción de texto latín: “A Fabia Adrianilla, hija de ex cónsul, esposa de senador, hermana de senador, madre de senador...” (por tanto hay una preponderancia de las referencias masculinas, que son las que cuentan entonces). Luego sigue diciendo la lápida que dedica un dinero a ayudar a niños libres e igualmente niñas libres cristianas, y por las cantidades se ve que hace una obra importante, reparte mucho dinero “en dos veces al año, el día de natalicio de Gallos mi marido en las calendas de Mayo y el día del mío, siete días antes de las calendas de Mayo” aumentando algo la ayuda especial a las niñas por parte de su corazón benévolo.

Esta beneficencia, que después será muy típica en la era cristiana, la vemos en esos testimonios arqueológicos. Sobre esta elección de Hispalis para hacer su obra buena, que tiene esta buena matrona romana, no quiero entretenerme, pero sí decir que Hispalis fue el origen de Hispania, detalle que nadie recuerda: la palabra que denomina Sevilla fue la que dio nombre a España. Isidoro de Sevilla lo explicó bien claro en sus *Etimologías*. Él postura que Hispania tiene su origen en Hispanic, el topónimo fenicio púnico de Sevilla, ciudad a la que los romanos denominaron Hispalis.

Si en Roma el papel de la mujer en la vida pública se reduce mucho, algo de visibilidad tuvo en cuanto al aspecto médico en el cuidado ginecológico u obstétrico de las mujeres: tenemos elementos históricos que confirman que la mujer se dedica a la ginecología, es decir a partera, ciencia que por cierto tenía mucha ciencia que hoy a veces no se tiene por esa falta de contacto diario con los modos naturales de parir. Hoy la técnica de muchos médicos hace que ese diálogo con el feto que nace no se dé, y se vaya rápido: a la menor dificultad, los partos son por cesárea, al no

tener estas técnicas que tenían las parteras. Sin duda, ahora se ha ganado en seguridad para la madre y se protege mejor su vida, porque efectivamente se morían algunas madres; pero simultáneamente se ha perdido un poquito en el conocimiento del parto que tenían estas mujeres.

En esa antigüedad, la mujer tiene una presencia casi divina, expresada en muchos dioses que representan esta ayuda médica. Hay un arte de curar especialmente en el tema del parto y esta presencia de la mujer es casi exclusiva ante la nueva vida, no hay parteros médicos: es trabajo de mujer, aunque se conocen desde hace milenios incisiones de cesárea, y curaciones de todo tipo.

El despegue femenino se da ya en la época cristiana, cuando el primer Concilio de Nicea el año 325 da impulso a la construcción de un hospital en cada ciudad que tuviera una catedral; ahí tenemos un primer jalón en la historia occidental de los hospitales, se oficializa a nivel eclesiástico. Surgen hospitales construidos por Sansón en Constantinopla, por el obispo de cesárea Basilio en zonas que ahora son turcas, en año 372 en Cesárea de Capadocia y empieza a combinarse la enseñanza la medicina con la atención a los enfermos en una ciudad que ahora está en Irán en siglo VI.

El evangelio es por tanto la fuente de inspiración de ese momento que recoge tanto el genio femenino como una concepción divina de la igualdad radical entre hombre y mujer, aunque la sociedad no refleja eso debido al contexto de la época difícil de cambiar, como pasaba también con el tema de la esclavitud. Esta igualdad radical no se transparenta socialmente, porque la mujer queda como invisible, pero sin embargo en la iglesia primitiva las mujeres son mayoría en el número de Santas, más abundantes que los nombres de santos varones. Tiene un papel importante la mujer por tanto en la evangelización, la mujer ha sido la base de la evangelización aun sin figurar nunca pues la jerarquía va por la línea varonil, como tampoco lo fue María la madre de Jesús, en cuyo seno nace la Iglesia, así la mujer es quien acoge en su seno el desarrollo de la iglesia en todos los sentidos desde la iglesia primitiva a la iglesia de cada parroquia donde la mujer es la que cuida en modo invisible la atención de toda la las cosas de liturgia, de la catequesis, y también de la beneficencia, caritas como se llama ahora, etc.

La tendencia de la mujer en la beneficencia podemos llamarla el cuidado de los descuidados, hay históricamente una preferencia por los enfermos, los pobres, los que están necesitados, los menesterosos, todos ellos son un objetivo prioritario en la sociedad cristiana y esa misericordia tiene rostro femenino sobre todo.

En el despegue de la mujer en las Ciencias de cuidar a los enfermos en Roma destacan en los siglos IV y V las figuras de Marcela Fabiola, Paula, Eustaquia, etc., nombres que como otros Mónica la madre de San Agustín figuran como personas dedicadas especialmente a la misericordia. La hermana de San Benito, Escolástica, funda hospitales y formó enfermeras; y la Emperatriz Teodora esposa de Justiniano fundó hospitales por el Imperio bizantino. En el siglo VI reinas como Coatín de Urrutia, esposa del Rey Franco Claudio I y así otras muchas no sin tener una formación reglada hicieron grandes labores de atención de enfermos. Y aunque en muchos casos conste que fuera esa creación y cuidado de las instituciones asistenciales obra de varones, sin embargo a la hora de la verdad, en la práctica de la atención a los pacientes, la atención de esos enfermos era obra de manos femeninas, cuidados maternos de quien sabía del cuidado de la vida y de la salud.

En la Alta Edad Media hay muchos más derechos de la mujer (debido a la influencia del derecho de los pueblos bárbaros) que en la Baja, que depende otra vez del derecho romano que impide esa dignidad de la mujer. También en el inicio de la Edad Moderna hay esa baja consideración de la mujer, menos libertades.

Algunas mujeres fueron grandes expertas en medicina, como Hildegarda de Bingen, monja alemana, que pudo escribir importantes obras médicas (siglo XII) y que inspiró a sabios como Alberto Magno. Hildegarda ha sido una de las intelectuales más potentes que ha habido en la historia de pensamiento europeo y habla mucho en medicina y de la mujer, por ejemplo del campo de la sexualidad donde fue la primera mujer que habló de ello y por eso no se conocían apenas.

Durante muchos años, el 2% de los profesionales de salud era mujeres por tanto el 98% era invisibles...

Durante la Edad Media, las sanadoras hacían un papel muy relevante, aunque tuvieron dificultades y muchas fueron acusadas de brujería por el simple hecho de realizar prácticas curativas. Como además han tenido libertad de espíritu, han sido

muchas veces vistas como heréticas para resumir un poco ese perfil.

Lo cual era una contradicción pues el rol femenino ha sido primordial en las labores de beneficencia, la tarea principal de viudas y vírgenes consagradas, madres y hermanos de insignes fundadores y obispos, etc., han sido la misericordia en el cuidado de los enfermos, especialmente los pobres. Se habrán llamado de muchos modos como sanadoras en conventos y poblaciones. Pero todos confiaban en estas mujeres que tenía una especial capacidad de acción, y si nos han llegado las labores de algunas de ellas por ser monjas o reinas o nobles, esta atención médica no fue profesional y no tenían una preparación científica, pues era a través de los conocimientos de transmisión viva. También era debido a que había un miedo social ante un poder sin control de la mujer, y por tanto la mujer está mal vista excepto en los casos de conventos y nobleza, porque hay un rechazo a la acción de la mujer y a su visibilidad. Con frecuencia, las que se dedican a la beneficencia y a cuidar de la salud de las demás son condenadas por concilios. Dicho sea de paso, la Iglesia que ha promovido no solo la dignidad la mujer sino también la mística... no lo ha hecho si muchas equivocaciones condenando primero a los que después ha exaltado. Porque primero los místicos han sido heterodoxos y luego han sido declarados místicos y santos. Del mismo modo, hay un miedo al cambio.

Durante la Edad Media, un espíritu cristiano llena las estructuras, y la caridad se convierte en un mandamiento pero esto quita la ambición, la comprensión del Evangelio es limitada y no hay mucho progreso tecnológico. En el campo de la intervención de la mujer en la vida pública, avanzó también poco esa visibilidad de la mujer en el ámbito público, todavía estamos viendo esta transformación social donde la mujer va teniendo a lo largo de la historia una consideración más adecuada, más digna. Un ejemplo de la dignidad de la mujer la Edad Media son los conventos monasterios mixtos, algo curioso porque como la mujer estaba apartada necesitaba los sacramentos y así aparecen junto a algunos conventos femeninos un monasterio de hombres, y es la abadesa la que rige los dos monasterios. Es poca conocida la figura de esos monasterios y abadías con un edificio para las monjas otro para los monjes, y un lugar de culto común donde se encontraban, una iglesia para ambos que compartían como también algunas actividades: siempre había como abadesa de los dos monasterios una mujer y nunca un abad, es decir que los monjes dependían siempre de la abadesa, algo inusual por entonces, aunque después en Burgos vemos

también la abadesa de las Huelgas que tenía poder casi episcopal, al igual que en algunos otros sitios, hasta de ejercer sacramentos incluso la confesión.

Desde el siglo XI hay una cierta institucionalización de la caridad en la península ibérica, se puede decir que eso está poco estudiado pero nacen a lo largo del camino de Santiago una cultura de hospitales, palabra que viene de hospedería y había muchos huéspedes que atender, pero también había enfermos, y muchos morían en el Camino. Después de que no podía irse a Tierra Santa porque estaban los turcos, los peregrinos cada vez más frecuentan el camino de Santiago, llegan a ser hasta 200.000 personas las que viajaban a Santiago cada año los años santos, llamados también Jacobeos; era la peregrinación por encima de Roma y cualquier otro sitio, y lógicamente con tanta gente y tantos viajes que en la época llegaban a durar años, muchos morían por el camino. Los hospitales atendían muchísimos peregrinos y la hospitalidad formaba parte del mensaje de que atender a un necesitado es atender a Jesús, y negar la limosna se consideraba dentro de ese espíritu cristiano una violación del temor de Dios y una villanía infame.

Esto hace también que se llenen las ciudades de pobres de manera que en los hospitales como el Hospital Real de Granada y otros muchos que se fueron creando, se acoge a las personas que no tienen para comer, los indigentes. También a los enfermos, naturalmente. Pero el hospital es así un lugar de atención para los que no tienen donde caerse muertos. Algunas obras como las de san Juan de Dios irán también a cubrir esa necesidad, y aún hoy en Granada es una institución muy querida, y que recibe muchos donativos.

En el mundo islámico hubo también muchos hospitales, en la edad de oro del Islam hay hospitales por todos lados: en Bagdad hay cinco hospitales, y en Damasco seis, en el siglo XV en Córdoba hay 50 hospitales principales y muchos paramilitares porque gran cantidad de personas se dedicaban a la guerra.

Podríamos citar también las mujeres Santas del movimiento beguino que a lo largo de Europa se dedicaron a esas labores de beneficencia.

Por último, en nuestra historia reciente ha habido una profesionalización del cuidado de los enfermos, y la mujer en la modernidad desde los siglos XVI al XIX

ha ido participando en ese proceso de su labor pública, es el despertar de los conocimientos médicos porque el problema es que había en un espíritu llamémosle de sociedad cristiana, pero no la capacitación técnica para atender bien a las personas. En la revolución industrial, uno de los aspectos por los que crece la población europea es el higiene, que evita muchas infecciones, y bajó mucho el número de muertos por enfermedad.

Un problema de la institucionalización de la caridad cristiana, como vemos en las novelas de Pérez Galdós como *Marianela* o *Misericordia*, es que no hay un progreso social y los indigentes se apalancan en su situación conformándose con esas ayudas que son injustas, pues la justicia lleva a promover en igualdad de condiciones a las personas, no a darles migajas para tranquilizar las conciencias. Sin llegar al sistema de castas de la India, sin duda había unas clases sociales estancadas donde no se favorecía el crecimiento del bienestar de esas clases oprimidas. Se cuidaba a los enfermos indigentes, pero recluyéndolos en esas instituciones que se van creando en la época moderna.

Es famosa la frase de que “si das un pez a un hambriento le quitas el hambre un día, si le enseñas a pescar se lo quitas para siempre”, y eso es lo que faltaba, la atención a los menesterosos los mantenía en un nivel de supervivencia, muchos no encuentran posibilidad de trabajar si no viven de limosna. Es curioso que eso pasa menos en los países protestantes, parece que la Reforma llevó consigo una ambición y deseo de crecimiento económico y social. Por tanto la Caridad tiene su aspecto positivo y otro negativo, y esto lo vemos en los hospitales, como eran tan abundantes las personas indigentes se dedicaron a atención del cuidado y de la muerte de esas persona indigentes pero no pusieron el foco en la atención de progreso médico y social. Se descuidó también el progreso que sí había en algunas universidades, por ejemplo en la de Toledo en época de las Tres Culturas había un nivel científico que lideraba toda Europa, allí convivían y científicamente progresaban judíos, musulmanes y cristianos; lo mismo que en la Universidad de Salamanca había un gran nivel en legislación. Se ha dicho que se ayudaba a las personas a ir al cielo, acompañándolas en su enfermedad, pero faltaba nivel científico para tratar las enfermedades.

Lo que hicieron las mujeres en la atención de los enfermos, con su invisibilidad,

se profesionalizó con la función de enfermeras a partir de 1920, una atención al enfermo concluyendo un proceso que de manera especial fue constituyéndose en la modernidad, pero con las características que decíamos: entre los años 1500 y 1860 vemos que la enfermería es una actividad más religiosa que intelectual, más de cuidado que de curación. Luego hay un priorizar a la persona en el siglo XIX en ese aspecto de atención material, hay un despertar de esta profesionalización biosanitaria de la mujer, una lenta incorporación que vemos muy desarrollada en Estados Unidos.

En Sevilla vemos que hay una presencia de las Hijas de la Caridad muy importante desde 1830 hasta el día de hoy. Ellas atendieron durante los últimos dos siglos el Hospital de Las Cinco Llagas y otras muchas actividades. Tuvieron como dos despegares en su expansión por Andalucía: desde 1800 y a lo largo del siglo XIX, y una segunda fase de expansión, cuando en el siglo XX algunos obispos les encargan labores asistenciales: como el obispo Herrera desde Málaga, tuvieron muchísimos colegios e instituciones sanitarias.

En el hospital de Las Cinco Llagas trabajaron de 1840 a 1972 que es cuando tiene esa presencia de las monjas de la Caridad. Martín Riego ha estudiado esa presencia de las monjas también en Granada. Lugar donde tuvo también mucha importancia el Hospital Real que fue a partir de los Reyes Católicos uno de los muchísimos que han impulsado esta atención a través de los hospitales, y que desarrolló una presencia femenina en la beneficencia en Granada. También hay una presencia importante de dicha Congregación y otras hasta la desamortización del siglo XIX que pasan muchas de estas instituciones a las diputaciones provinciales y a las juntas de salud.

La historia está repleta de aventuras de atención a los débiles y concretamente a los enfermos, historias muy bonitas donde la intervención femenina ha sido muy importante, en cuidados de los niños, en hospicios, en atención a las mujeres que llamaríamos hoy en exclusión social, etc.

Por qué no hablar de que Pablo de Olavide, que da nombre a esta Universidad donde estamos ahora, fue director del hospicio en Madrid y tuvo muchísimos actos en que fomentaban esta acción hospitalaria en la creación de diversas instituciones.

Como conclusión la mujer ha estado presente la ética del cuidado y eso a lo largo de toda la historia hemos hecho abundante referencias a ella. Hoy podemos ver que esos valores históricamente femeninos, son propios de la persona, el yin yang nos habla de que todos tenemos esos elementos “blandos” y “duros” que se han venido a llamar también nuestro “lado femenino” y “masculino”, no son por tanto valores exclusivamente femeninos la ternura que es lo que más necesita el mundo.

Aunque sí han sido valores rechazados incluso por los famosos filósofos que todo el mundo admira como Hegel y otros que vienen a la mujer como que debe ser subordinada al varón por su falta de condiciones. Así también, una especie de intelectualidad que estaba hecho en moldes masculinos impedía lo que hoy llamamos una ética del cuidado que desde vemos que es tan importante y más en la acción sanitaria de atención a los enfermos.

La relación histórica de la mujer y de una acción de beneficencia, de ternura y humanidad con la ética del cuidado. Hoy día vemos que ciertos valores como el cuidado de los demás, compartir la vulnerabilidad, papel principal que ha desempeñado la mujer en su cuidado de la vida, prolongación del regazo materno, puerto seguro para el descanso del guerrero, es un legado que podemos compartir todos. Cuando el hombre se dedicaba a la esfera pública y la mujer a la privada y al cuidado de la vida, estaban en un contexto donde no tenían la amplitud de apertura mental que tenemos hoy con la inteligencia múltiple, donde lo importante ya no es la inteligencia lógica sino ciertas inteligencias del corazón donde lo más importante de la vida se va descubriendo como formas de amor, este sentirse amado y este amar; el sentido del amor que es como el fuego del hogar que ha liderado la mujer a lo largo de la historia en su labor escondida, en la atención a la vida y al amor.