COMILLAS UNIVERSIDAD PONTIFICIA | ESCUELA DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Revisión sistemática acerca de la evolución y profesionalización de la enfermería durante la Guerra Civil Española (1936-1939)

Alumno: Mario Urien Menéndez

Directora: Isabel Díaz Suárez

Madrid, 2 de mayo de 2023

Índice

1. Resumen 6

2. Abstract 7

3. Presentación 8

4. Estado de la cuestión 10

4.1. ¿Qué es la enfermería? 10
4.2. La periodización de la enfermería: M.F. Collière 11
4.3. La enfermería española en los siglos XIX y XX 13
4.4 Conflictos bélicos del siglo XX y su relación con el mundo sanitario de la época 17
4.4.1 Antecedentes de la Guerra Civil Española 21
4.5 El camino hacia la profesionalización 26
4.6 La enfermería militar en España 29
4.6.1 La organización sanitaria de los dos bandos. 31
4.7 Justificación 38

5 Objetivos e hipótesis: 40

6 Pregunta de revisión 41

7 Criterios metodológicos 42

8 Metodología 43

9 Limitaciones 49

10 Cronograma 50

11 Resultados 51

12 Bibliografía 61

13 Webgrafía 77

14 ANEXOS 78

Índice de Anexos

ANEXO 1: Estrategias de búsqueda. 79
ANEXO 2: Diagrama de flujo. 80
ANEXO 3: Diagrama organización sanitaria. 81
ANEXO 4: Semejanzas en las bases enfermeras en los escritos de Nightingale y Rubio y Galí. 81
ANEXO 5: Etapas de la enfermería según autores. 84
ANEXO 6: Etapas de la enfermería adaptadas al contexto español. 85
ANEXO 7: Evolución de la enseñanza de enfermeras, matronas y practicantes. 86
ANEXO 8: Temario del Cuerpo de Damas Enfermeras de la C.R (1917). 87
ANEXO 9: Hoja de extracción de datos CAPse. 89
ANEXO 10: Tablas de inclusión y exclusión de artículos. 92

Índice de Figuras

Figura 1: Competencias entre profesiones sanitarias auxiliares (1920). 15
Figura 2: Evolución en la legislación de la enfermería militar. 31
Figura 3: Organización de la sanidad militar republicana. 34
Figura 4: Camilleros evacuando heridos. Teruel, 1938. 35
Figura 5: Enfermera republicana en un hospital de campaña. 1937. 36
Figura 6: Hospital de campaña: enfermeras atendiendo a un herido. Madrid, 1936-1939. 37
Figura 7: Ambulancia de Socorro Rojo Internacional, Bando Republicano, 1938, ubicación desconocida. Fuente: Imagen procedente de los fondos de la Biblioteca Nacional de España. 38
Figura 8: Criterios de inclusión. 42
Figura 9: Criterios de exclusión. 43
Figura 10: Estrategias de búsqueda. 44
Figura 11: Cronograma del trabajo. 50
Figura 12: Hospital Militar Permanente de Madrid. 1936-39. 52
Figura 14: Remolque usado por el “Servicio Oficial de Transfusión de sangre conservada”. Bando republicano. 1936-39. 55
Figura 14: Remolque usado por el “Servicio Oficial de Transfusión de sangre conservada”. Bando republicano. 1936-39. 58

Figura 15: Transfusión en curso en el “Servicio Oficial de Transfusión de sangre conservada”. Bando republicano. 1936-39. Fuente: Imagen procedente de los fondos de la Biblioteca Nacional de España. 60

GLOSARIO

ACR: Acción Catalana Republicana.

AMB: Buró de Ayuda Médica a la democracia española.

ANA: Asociación Americana de Enfermeras

ATS: Ayudante Técnico Sanitario

BI: Brigadas Internacionales

CNT: Confederación General de Trabajadores

CASE: Cuerpo Auxiliar Subalterno del Ejército

CRA: Cruz Roja Americana

CRI: Cruz Roja Internacional

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud

DLR: Derecha Liberal Republicana

DSS: Determinantes Sociales de la Salud

FAI: Federación Anarquista Ibérica

GCE: Guerra Civil Española

INE: Instituto Nacional de Estadística

MeSH: Medical Subject Headings, en inglés: tesauro que indexa la bibliografía médica.

OM: Orden Ministerial

ORGA: Organización Republicana Gallega Autónoma

PGM: Primera Guerra Mundial

POUM: Partido Obrero de Unificación Marxista

PRRS: Partido Republicano Radical Socialista

PSOE: Partido Socialista Obrero Español

QAANNS: Cuerpo de Enfermería de la Marina Real de la Reina Alexandra

QAIMNS: Servicio de Enfermería militar de la Reina Alexandra

RD: Real Decreto

RO: Real Orden

SGM: Segunda Guerra Mundial

SMAC: Comité de Ayuda Médica a España

SRI: Socorro Rojo Internacional

TAB: vacuna antitífica preventiva contra la fiebre tifoidea, la paratifoidea A y la paratifoidea B

TFNS: Servicio de Enfermería de la Fuerza Territorial

UGT: Unión General de Trabajadores

UMRA: Unión Militar Republicana Antifascista

VAD: Batallón de Ayuda Voluntaria de Inglaterra

1. Resumen

Introducción: La enfermería española ha construido una identidad profesional de forma bastante tardía, teniendo un punto de inflexión en la década de los 30s del siglo pasado. Es el resultado de un conjunto de procesos que no siempre se han dado en el ámbito civil, ya que a lo largo de trescientos años la enfermería ha participado en conflictos bélicos de todo tipo, antes de integrarse en la vida civil. Durante todos estos años ha ido adquiriendo especialidades propias y una formación muy avanzada La enfermería militar combina la atención sanitaria convencional con la capacitación en un contexto de emergencias humanas, escasez y conflicto social.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es analizar la importancia de la labor enfermera en la Guerra Civil Española así como comprender la repercusión de ésta en la profesionalización de la enfermería. Generando así una posible respuesta acerca del carácter catalizador que posee la sanidad militar en la incorporación de avances a la vida civil. Por último, se pretende averiguar si la enfermería castrense avanzó en el periodo estudiado más o menos rápido que su homólogo civil.

Metodología: se ha llevado a cabo una revisión sistemática entre las diversas fuentes de la literatura disponible, incluyendo revisiones bibliográficas recientes, literatura biográfica, fuentes documentales y fuentes primarias.

Implicaciones para la práctica de enfermera: Se expone una opción profesional poco conocida. Asimismo, se muestran las importantes habilidades obtenidas de ella para la práctica en la enfermería no militar.

Resultados: Se puede concluir que las experiencias vividas por el personal de enfermería le dotaron de una mayor autonomía e independencia profesional. La enfermería avanzó en la guerra más de lo que lo había hecho en los últimos 30 años de forma civil. Los avances descubiertos durante la contienda fueron incorporados a la sanidad general y fueron de importancia capital para la Segunda Guerra Mundial.

Palabras clave: *Enfermería militar, sanidad militar, Guerra Civil Española, profesionalización.*

2. Abstract

Introduction: Spanish nursing has built a professional identity rather late, with a turning point in the 1930s. It is the result of a set of processes that have not always occurred in the civilian sphere, since over the course of three hundred years nursing has participated in all kinds of war conflicts, before becoming integrated into civilian life. During all these years, it has acquired its own specialities and very advanced training. Military nursing combines conventional health care with training in the context of human emergencies, shortages and social conflict.

Objectives: The aim of this paper is to analyse the work of nurses in the Spanish Civil War and to understand its impact on the professionalisation of nursing. Thus generating a possible answer about the catalytic character of military health in the incorporation of advances in civilian life. Similarly, the aim is to find out whether nursing involved in armed conflicts in the period studied advanced more or less rapidly than its civilian counterpart.

Methodology: a systematic review has been carried out among the various sources of available literature, including recent literature reviews, biographical literature, documentary sources and primary sources.

Implications for nursing practice: A little-known career option is presented. It also shows the important skills gained from it for non-military nursing practice.

Results: It can be concluded that the experiences of nurses gave them greater autonomy and professional independence. Nursing made more progress in the war than it had made in the last 30 years than during its civilian counterpart. The advances discovered during the war were incorporated into general health care and were of paramount importance for the Second World War.

Keywords: *Military nursing, Military Health System, Spanish Civil War, professionalisation.*

3. Presentación

El motivo de elección de este tema es el interés del autor hacia la labor tan poco conocida de la enfermería en los contextos bélicos y situaciones de emergencia social y material. Además, este trabajo pretende hacer memoria a todos aquellos enfermeros, enfermeras, matronas, practicantes y voluntarias que pusieron sus manos al servicio de los heridos en aquella época donde había escasos medios diagnósticos y terapéuticos. Creo que comprender cómo se desarrollan, y se han desarrollado, los cuidados de enfermería en territorios hostiles, de emergencias sociales y precariedad de recursos, puede hacer que sepamos actuar en situaciones donde los medios existen en bastante más cantidad. Asimismo, observo cómo la médula de la enfermería ha estado presente también en los conflictos bélicos desde el principio, y gran parte de nuestra actuación cotidiana parte de las enseñanzas dadas por las enfermeras militares.

Agradecimientos:

Estas líneas se orientan al cielo. Se lo dedico a mi abuelo Tomás, que tantas dudas me resolvió hasta que el mes de enero de 2023 marchó a descansar. Podólogo, ATS y escritor de la historia sanitaria de nuestro país. Descansa, te tomo el relevo tan alto como lo dejaste. Te quiero abuelo.

Su padre, Tomás Urien Torre, fue Teniente practicante del ejército popular en la Guerra Civil Española, al servicio de la legítima II República. Agradezco también a mi tutora Isabel por la gran capacidad docente que posee y el entusiasmo que le ha puesto a este trabajo.

Tomás Urien Blázquez, como ATS, al frente de las urgencias de tráfico (Navalcarnero, Madrid, 1982) [Derecha mirando al frente]

Tomás Urien Torre: teniente practicante del ejército de la República. *(Madrid, 1936)*

4. Estado de la cuestión

4.1. ¿Qué es la enfermería?

La definición de enfermería resulta una misión difícil, esto hace que haya sido definida en numerosas ocasiones desde diferentes perspectivas. De todos esos intentos de acercamiento al concepto de enfermería hay que destacar las definiciones aportadas hasta la segunda mitad del siglo XX por las primeras grandes teóricas. Así, Virginia Henderson definía a la enfermería como la función de "ayudar a las personas a adquirir independencia en relación con la realización de actividades que contribuyan a la salud y su recuperación" (Henderson, 1966, p. 15); mientras Martha Rogers consideraba a la enfermería un arte y una ciencia al mismo tiempo, que debe ser humanitaria y humanista, y a su vez trabajar con una concepción integral del ser humano, para lograr su objetivo final, o más bien su medio-final "el objetivo de las enfermeras es participar en el proceso de cambio." (Rogers, 1970, p. vii, 102, 124)). Rogers, al igual que Florence Nightingale, creía que un paciente nunca puede separarse de su entorno cuando se trata de salud y tratamiento, es decir, individualizar la atención y no hacerla integral, nos lleva a un vacío. De igual manera, creía que el ser humano y el medio ambiente son campos de energía irreductibles en proceso mutuo; por tanto, por definición, el bienestar es una manifestación de la relación integral hombre-medio ambiente (Rogers, 1970, p. 124). Dorothea Orem afirmaba que el enfermero debía asistir a las personas en la provisión de los medios y gestión de su propio cuidado personal, para mantener y mejorar el funcionamiento de la persona a un nivel superior (Orem et al., 2001, p. 211). Finalmente, Florence Nightingale definió la enfermería como la correcta utilización del entorno y el medio del paciente para mejorar sus condiciones y avanzar su recuperación. Las ideas expuestas en "Notes on Nursing" serían hoy encuadradas dentro de la teoría de los determinantes sociales de la salud (DSS) y la salud pública, siendo la enfermedad determinada por las dinámicas políticas, alimentarias, ambientales o económicas en que se enmarca la persona (Skretkowicz & Nightingale, 2010, p. ix, 27, 108). Florence fue una avanzada a su tiempo, tanto es así que es su definición la que sigue siendo punto de referencia dentro de la enfermería. Otra teórica que compartía una visión similar a la de Florence fue Madeleine Leininger: "el cuidado humano, la salud y el contexto cultural ambiental deben convertirse en el foco central, la esencia y los dominios dominantes del conocimiento de enfermería" (Leininger, 1991, p. 391). Como es sabido, la "Dama de la Lámpara" creía que mantener un ambiente limpio y cómodo maximizaría los esfuerzos de los profesionales por mantener a raya las enfermedades y lograr una adecuada recuperación de los pacientes (Monteiro, 1985).

En la actualidad y después de la consolidación como disciplina, la enfermería paso a ser definida por sus propias instituciones, colectivos y organizaciones (Smith, 2019). A principios de la década de 1970, el Consejo de la Liga Nacional de Enfermería desarrolló un criterio por el cual los currículos de enfermería deben basarse en un marco conceptual con un claro compromiso por atenuar la influencia del modelo médico en la atención enfermera. Relevante es la definición de la Asociación Americana de Enfermeras (ANA). De modo que la principal preocupación de la enfermera consistiría en "la protección, el fomento y la optimización del estado de salud y las capacidades del individuo, la prevención de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas, y la defensa de la asistencia a los individuos, las familias, las comunidades y las poblaciones" (American Nurses Association, 2015, p. 1) A lo largo de los años diferentes organismos o asociaciones han aportado su propia definición de lo que es enfermería, de entre todas ellas destaca la aportada por la ANA, que en 1987 define la enfermería como "la protección, promoción y mejora de la salud y habilidades, prevención de enfermedades y lesiones, el alivio del sufrimiento por medio de diagnóstico y tratamiento, y la promoción de la asistencia a los individuos, familias, comunidades y poblaciones" (Shamian, 2014). El Consejo Internacional de Enfermería mantiene a día de hoy su definición del año 2002 como "La enfermería abarca el cuidado autónomo y colaborativo de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos. La enfermería incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado de los enfermos, discapacitados y moribundos" (Santy-Tomlinson et al., 2018).

De toda esta diversificación de definiciones se deduce que es una tarea compleja y con amplia evolución histórica en la que han participado primero las teóricas y después la colectividad agrupada en las asociaciones más preponderantes. También se observa que ya hace 150 años se conocían fenómenos que más tarde ha desarrollado la ciencia médica formal, dado que la enfermería ha trabajado desde sus inicios de forma muy estrecha con el paciente, y en ocasiones sus opiniones han sido desvalorizadas, por ejemplo con la teoría de los DSS.

4.2. La periodización de la enfermería: M.F. Collière

Muchos autores que han estudiado la evolución de la profesionalización enfermera lo hacen bajo la conceptualización aportada por M.F. Collière (1982, p. 61). Esta autora francesa definió 4 etapas: doméstica, vocacional, técnica y profesional. Collière aplica sus conocimientos en antropología al surgimiento de los cuidados dentro de grupos humanos prehistóricos, sintetizando

los pasos por los que la reproducción social se integra en los cuidados, generando un análisis multifactorial y retroalimentativo.

En la etapa doméstica se centra en la mujer caracterizando aquellos lugares en los que la mujer realizaba cuidados en ámbitos domésticos, abarcando hasta la caída del Imperio Romano, la vocacional se fundamenta en el pensamiento cristiano, en la caridad, hasta el final de la Edad Moderna. La técnica se desarrolla entre los siglos XIX y XX, su base era la lucha contra la enfermedad y el médico ostentaba una autoridad central (Collière, 2009, p. 51); por último, la etapa profesional se da a finales del siglo XX, cuando la enfermería se consolida como profesión, crea unas bases deontológicas y una práctica protocolizada, con el objetivo en el cuidado integral de la salud de las poblaciones (Torres A & Sanhueza A, 2006). Collière, en otra edición, termina su libro alegando que la enfermería ha evolucionado desde actuar desde el sacrificio, de lo que una enfermera tiene para dar, hasta actuar desde la ciencia y la entrega sensible, con los medios requeridos, sin quitarse la vida para dársela a otros: *"*Para que cuidar sea soportable, se tienen que tomar en cuenta las condiciones materiales, afectivas y sociales de los cuidados" (Collière, 2009, p. 321). Asimismo, después de la etapa profesional, algunos autores resaltan que hay una más allá, con el objetivo de alcanzar la excelencia en el cuidado. Por ejemplo, (Letelier & Velandia-Mora, 2010, p. 152) plantean la necesidad de "transitar de la "profesionalización", entendida como la acción y el efecto de dar carácter de profesión a una actividad, al "profesionalismo" pensado como las actitudes o la disposición de ánimo manifestado de algún modo o atributos actitudinales del(la) enfermero(a) que brinda los cuidados." y este cambio debe ser adaptado a cada situación y cada contexto.

Siguiendo los desarrollos de Domínguez-Alcón (1979) y Collière (1982), se propone la siguiente adaptación al contexto español (**ANEXO 6**). Otros modelos similares son el de Siles (1999) con un enfoque socioantropológico con cuatro etapas similares a las de Colliere; mientras que Ávila (1986, citado desde Velandia Mora, 2008) propone un modelo desde otra perspectiva, dividido en 3 etapas: empírica asistencial, científica individualista y concepción integral y totalizadora. Además Martínez, Hernández, Rodríguez y Latapi (1985) dividen la historia enfermera en tres: enfermera-partera, enfermera-asistencial y enfermera-hospitalaria, siendo también relevante la aportación de Sánchez Puñales, por la que toda profesión científica tendrá una etapa precientífica, una de transición y otra en la que culmina la identificación científico-profesional, enfatizando también la retroalimentación mutua entre la enfermería y el contexto socioeconómico (Soledad Sánchez Puñales, 2002, p. 15; Velandia Mora, 2008, p. 42).

Más recientemente, una enfermera Británica ha sostenido otro sistema de periodización de la historia enfermera, en cuatro etapas. La primera consistiría en la "era caritas" o caritativa, la segunda en la "era heroíca", comprendiendo la experiencia acumulada durante las guerras de Crimea y Bóer, Española, IGM y IIGM, la tercera la "era profesional" y la última, desde los años 80, la "era tecnocrática". La autora reflexiona que en la etapa profesional se intentó desarrollar los roles de la etapa caritas junto a los de la etapa heroica, en el nuevo sistema científico del siglo XXI, compartiendo competencias con otras profesiones, fallando en este cometido y ahogándose en la etapa tecnocrática de base médica (Hallett, 2007, p. 429). Otros autores comentan que el comienzo de profesionalización de la enfermería no comenzaría hasta la década de 1970 y que el modelo de enfermería basado en la salud, y no la enfermedad, se implantaría a partir de 1977. Asimismo, considera que la autoridad médica sobre la enfermería seguía vigente en la década de 1980 (Domínguez-Alcón, 1986, p. 178).

Podemos sacar en claro que la enfermería ha evolucionado desde los cuidados más primitivos, naturales y antiguos hasta ser hoy una ciencia integrada en el campo de ciencias de la salud, teniendo una metodología propia, recopilando evidencia para su práctica y cobrando una autonomía creciente. Al final, a pesar de las diferentes teorías que aporta cada autor, la mayoría comparten el punto común de resaltar la influencia que ha tenido la cultura y las superestructuras sociales, como la política, los modelos de estado o la educación recibida, en las diferentes 'caras' que ha tenido la enfermería históricamente.

4.3. La enfermería española en los siglos XIX y XX

Una vez expuesto en el epígrafe anterior a grandes rasgos cual fue la periodización en la historia de enfermería se va a proceder por el propio interés de este trabajo a estudiar el contexto concreto de la enfermería española en los S.XIX y S.XX.

A principios del Siglo XIX existían tres profesiones sanitarias auxiliares: el practicante, la enfermera y la matrona. La figura del practicante fue creada en 1857, pero la figura de la enfermera no fue reconocida institucionalmente hasta 1915. La figura del practicante no era sólo masculina, aunque la de enfermería sí lo era exclusivamente femenina. Aún así, las mujeres que accedían a estudios de practicante eran muy bajo, no llegando a representar el 10% entre 1928 y 1932: En el caso de la enseñanza oficial de enfermería, los estudiantes hombres representaban en el periodo estudiado aún menos, un 0,08% del total. En cuanto a número de facultades de enfermería también es destacable el aumento desde la única que había en 1915 hasta las 8 existentes en 1935. (**ANEXO *7***).

Los practicantes son denominados en la actualidad coloquialmente con el término de enfermeros masculinos, aunque sus funciones diferían de las de las enfermeras femeninas. Esto es fruto de la confusión entre las diferentes profesiones sanitarias auxiliares que existían en el siglo XX, pues comparadas con la actualidad había poca claridad en sus reglamentaciones legales, sus funciones y su enseñanza. Así, muchos autores consideran que los practicantes fueron una figura sanitaria que funcionaba actuando en pueblos y ciudades de menos de 10 mil habitantes, donde podían realizar actuaciones de urgencia sin supervisión médica. El problema fue cuando sus funciones se extendieron a las ciudades y chocaron con las atribuciones de los médicos, entre otros. Así, un esquema básico sería el siguiente: las enfermeras desempeñaban los cuidados más básicos de los pacientes, como la higiene, la alimentación o el trato directo; mientras que los practicantes desempeñaban el aspecto técnico, como la realización de vendajes, atención traumatológica, cura de heridas de todo grado, canalización de accesos venosos, inyecciones, suturas y además competencias en cirugía menor (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**). Los practicantes pueden definirse como aquella profesión sanitaria que se sitúa por debajo de los médicos y por encima de las enfermeras y matronas. Por ejemplo, hasta 1874 no existía una regulación sobre el ejercicio de la odontología y los practicantes se encargaban de ello, hasta que un Real Decreto (RD) terminó con ello (Blázquez-Ornat, 2017, p. 105; Orovio-Echagüe, 1875; Sanz Ferreiro, 2005, p. 34). Tras las protestas de las matronas durante 1901, se legisló para reducir esta conflictividad, haciendo que en 1902 los practicantes sólo podían encargarse de asistir partos de forma autónoma en poblaciones de menos de 10 mil habitantes (Blázquez-Ornat, 2017, p. 89).

La profesión de practicante surgió en 1804 en los hospitales militares, donde se les reconoció como “segundos ayudantes de cirugía” mediante una Real Cédula, aunque era sólo el preludio de la verdadera fundación de estos, pues los practicantes emergieron de los ministrantes, que a su vez fueron creados como una especie de función auxiliar a la medicina general y a la cirugía, donde existían otros sanitarios llamados flebotómanos, barberos o sangradores (Herrera-Rodríguez, 2000; Quintairos Domínguez, 2008, p. 62; Urien Blázquez, 2013). Algunos autores sugieren que los practicantes también tienen sus raíces en los “cirujanos-barberos”, que eran personas capacitadas para realizar terapias basadas en el derramamiento de sangre, en las amputaciones, en terapias con sanguijuelas o extracciones de dientes, los cuales ejercían exclusivamente en tiempos de guerra. También realizaban cuidados higiénicos lavando a personas, aseando el cabello, el vello facial o incluso introduciendo enemas. En la última parte del siglo XIX los practicantes también tuvieron que enfrentarse a estos “barberos” considerando que existía un intrusismo laboral creciente (Guerrero Rodríguez, 2016, p. 34).

		Practicante	Enfermera	Matronas
Presencia	Hospitales			
	Domicilios y vía pública			
	Pueblos			
	Ciudades			
Inyecciones y accesos vasculares				
Atención al parto y puerperio				
Cirugía menor, cura de heridas y auxiliar de quirófano				
Atención traumatológica y odontológica [1]				
Medicación				
Cuidados básicos				
Higiene y educación				

Figura 1: Competencias entre profesiones sanitarias auxiliares (1920).

La ley de 1857, a cargo del Ministro Claudio Moyano, fue el evento regulatorio más importante de la época y separó las figuras existentes creando los estudios de Matrona y Practicante. Se reguló la práctica subalterna de la cirugía menor y de la asistencia a los partos, pero esta Ley se olvidó de las enfermeras y enfermeros. Esta ley separó al cirujano, médico, del practicante, y le dotó de limites en su práctica: poner inyecciones, accesos venosos, cura de heridas sencillas, asistencia al médico en cirugías mayores y realización autónoma de cirugías menores.

Años más tarde aparecerían dos Reales Órdenes: la de 26 de junio de 1860 y la de 21 de noviembre de 1861, en las que se califica a los practicantes para el ejercicio subalterno de la cirugía o “cirugía ministrante”. La Revolución Gloriosa de 1868 ejercería una enorme influencia sobre los Practicantes, pues los ideales de la “libre enseñanza” hicieron duplicar el número de

[1] La ley inhabilitó a los practicantes de ejercer el “arte del dentista” en 1877 (Gallastegui Iturbe, 2015, p. 148)

médicos y practicantes que emergían graduados en las universidades (Calvo-Calvo, Manuel-Ángel, 2014).

En 1896 el Doctor Federico Rubio y Galí creó la Escuela de Enfermería Santa Isabel de Hungría, la primera escuela seglar de enfermería en España. Este colegio fue reconocido por la ley y estaba basado en los postulados teóricos de Florence Nightingale (Arandojo Morales et al., 2015; Santainés-Borredá & Camaño-Puig, 2021). Esta escuela se ubicaba en el Hospital de La Princesa, dentro del Instituto de Técnica Operatoria, y tenía como objetivo formar enfermeras especialistas en el ámbito quirúrgico y posquirúrgico (Mirón-González, 2013, p. 257). Cabe decir que este proceso de creación de escuelas laicas de enfermería y su profesionalización creciente fue similar en los países europeos, aunque más tardío en España. Por ejemplo, las bases teóricas de la Escuela de Nightingale que sentarían las bases de la revolución de la Salud Pública llegó a España más tarde, siendo las enfermeras visitadoras de 1932 un preludio de la enfermería de salud pública (Galiana-Sánchez & Bernabeu-Mestre, 2011, p. 51).

El 7 de julio de 1915 se redacta un RD que aprueba por primera vez los estudios enfermeros, habilitando a quien lo poseyese a ejercer legalmente como enfermera, sin importar si se fuese o no de una congregación religiosa, pues eran quien solían realizar estos trabajos. Este RD tendrá en frente a toda la profesión de los Practicantes, considerando que se había equiparado a las enfermeras con ellos y que iba a crear una competencia descarnada por las plazas de auxiliar de médico. Los Colegios Oficiales de Practicantes afirmaban por escrito en su órgano oficial:

> "Se ha publicado una Real orden que [a los practicantes] nos estorba, que nos denigra, que nos entierra en vida, que nos merma el pan de nuestros hijos, que no tiene razón de ser. (…)
>
> ¿No es bastante que ocupen nuestros puestos en hospitales, etc. sino que ahora crean una -carrera de enfermeras, para dejar al pobre Practicante sin ninguno de los puestos que la ley le autoriza debe ocupar?" (José Marañón, 1915, p. 9).

Reiteraban que no era necesario crear una "nueva profesión enfermera para llenar un vacío que no existe" (Rojas, 1915, p. 6). Pretendían limitar las funciones enfermeras, cuando no excluirlas por completo. Algunos autores sostienen también que fue una acción destinada a frenar la creciente feminización de las profesiones sanitarias y mantener la tradicional concepción de la masculinidad de esas profesiones, como se observa en el siguiente fragmento: (Expósito González & Siles González, 2019).

> “Ya llegó la hora de emplear nuestras fuerzas, para no dejar que prevalezca lo que viene á hacernos más amarga la vida aún; á luchar como hombres, como héroes, no arredrarnos ante los obstáculos, hablar fuerte, a fin de que nos oigan, n el silencio nada se consigue, hasta ahora amos sido ignorados, que sepan que vivimos, que sabemos defendernos y que creemos tener razón sobrada para pedir que repetida Real orden sea derogada” (José Marañón, 1915, p. 9).

Más adelante, tras el impulso dado por la República a la formación enfermera laica, algunos practicantes reaccionaban negativamente en la prensa escrita, como es el caso de su protesta tras una convocatoria en Madrid para la matrícula de enfermeras en el Hospital de San José y Santa Adela en febrero de 1932 (Medina, 1932, p. 13).

Por otra parte, la profesionalización de la enfermería fue al mismo tiempo la creación de su propia independencia sanitaria, pues hasta 1953 existió una lucha constante entre enfermeras y practicantes: las primeras difuminando sus límites de actuación respecto a los practicantes y los segundos denunciando la violación de su esfera de trabajo por parte de las enfermeras. Si la lucha entre médicos y practicantes marcó el siglo XIX, la lucha entre enfermera y practicante marcó el XX. En 1953 se aprobó la unificación de la enfermería, los practicantes y las matronas en una misma profesión y un mismo grado universitario de confluencia: el Ayudante Técnico Sanitario (ATS). Esta historia de pugna entre practicantes y enfermeras fue muy importante de cara a la función de cada uno en la Guerra Civil y su importancia en la organización sanitaria del conflicto.

4.4 Conflictos bélicos del siglo XX y su relación con el mundo sanitario de la época

La asistencia sanitaria ha variado enormemente a lo largo de los últimos 160 años, y especialmente en el avance de los cuidados enfermeros y la ciencia médica, siendo explicados gran parte de este progreso a lo aprendido y practicado en las guerras. Se hará un recorrido mediante este período, ahondando en la repercusión en la enfermería.

La Guerra de Crimea (1853-1856), se considera la primera guerra moderna donde participaron enfermeras formadas, especialmente a partir del trabajo de Florence Nightingale. Sus ideas de prevención y promoción de la salud se pusieron en práctica para reducir el número de

soldados y civiles fallecidos a consecuencia de enfermedades infecciosas (Bailey, 2013). Nightingale llegó al Hospital de Scutari encontrándose con situaciones dantescas: 14 baños para 2000 soldados, no había sábanas limpias, la ropa estaba llena de piojos y pulgas, debajo de las camas había ratas y no había casi jabón. Ella creía que los principales problemas de salud estaban relacionados con la dieta, la ropa, el ambiente y los sistemas de abastecimiento (salubridad del agua y residuos). Así, tras duros meses de trabajo consiguió rebajar la mortalidad de un 42,7% a un 2,2% (Fee & Garofalo, 2010, p. 52; Hay Beith, 1953, p. 32; Helmstadter, 2015; Siles González, José, 2008, p. 215; UK Army Medical Department, 1858, p. 116). Años después, la Guerra Civil Americana organizaría contiendas de enfermeras formadas, siendo su primera aparición bélica en este país (Choperena, 2016; Choperena, 2021; Choperena, 2022). En un área dominada por los hombres, la creciente participación de las mujeres generó rechazo, tolerando que las mujeres saliesen de la casa para ser enfermeras pero no permitiendo su militarización (Jones & Saines, 2019, p. 878). En 1898, la Guerra de Cuba entre Estados Unidos y España tuvo estragos en la sanidad de ambos países, como se desarrolla más adelante, haciendo que el país americano tomase nota de la importancia de crear un cuerpo de enfermeras profesionales para los conflictos venideros (Siles González, José, 2008, p. 220). Años después, durante la Guerra de Boers (1899-1902) Inglaterra organizó a los *Queen Alexandra's Imperial Military Nursing Service (QAIMNS)* y a las *Queen Alexandra's Naval Army Nursing (QAANNS)*. Esta Guerra, que enfrentó al Imperio Británico y lo que hoy es Sudáfrica, fue responsable de presentar la evidencia de que era impensable un ejército sin enfermeras profesionales (Hallett, 2015, p. 142; Hay Beith, 1953, p. 54).

Más tarde, la Primera Guerra Mundial (PGM) fue la primera gran guerra en la que se pusieron en práctica los principios de antisepsia, primeramente, y asepsia, más tarde. Se trató de concienciar a los soldados acerca de la importancia de no tocar las heridas de sus compañeros y se les dotó de un botiquín básico para actuar en casos extremos (Sabbatani & Fiorino, 2017). Ya en PGM, en 1916, los *Royal Naval physicians* lograron desarrollar la primera vacuna antitífica preventiva (TAB) contra la fiebre tifoidea, la paratifoidea A y la paratifoidea B (Hudson, 2007). Jane Delano fue el encargado de la Cruz Roja Americana (CRA) durante la PGM y los años posteriores. En sus trabajos resalta la gran importancia que tuvo la enfermería en la propia guerra pero, sobre todo, el reconocimiento civil que habían ganado tras su servicio militar, aspecto que se repite en Reino Unido y Australia (Haldane, 1923, p. 274; Harris, K., 2011). Cerca de 20 mil enfermeras de la CRA sirvieron durante la guerra con un compromiso humanitario, la

mayoría en el extranjero (Irwin, 2016). Durante la contienda, los Royal Army Medical Corps llegaron hasta las 10 mil voluntarias enfermeras, siendo lideradas por la veterana Ethel Hope Beecher (Huguet, 2016, p. 38). En 1914, Inglaterra entraría en la PGM con el recién creado Servicio de Enfermería de Fuerza Territorial (TFNS) con un total de 2738 enfermeras formadas, hasta las 8140 al final de la guerra. Inglaterra también contaría con las voluntarias del Batallón de Ayuda Voluntaria (VAD), formadas por la Cruz Roja (1920, p., 269; Haldane, 1923, p. 179). Australia contaría con 2500 enfermeras profesionales al comienzo de la guerra (Harris, Kirsty, 2009, p. 183). Durante los años siguientes a la PGM el médico español Fidel Page descubrirá la anestesia epidural, durante la Guerra del Rif (1921-1927), misma contienda en la que por primera vez participó el Cuerpo de Damas Enfermeras de la Cruz Roja, como enfermeras cualificadas, formadas y de carácter laico (López Vallecillo, María, 2016, p. 80) (Martínez, F. J., 2016), participando más tarde en la Revolución de Asturias de 1934 (Moruno & Rodríguez, 2009, p. 309). Entre las dos guerras mundiales, más de 1700 enfermeras perdieron la vida en su práctica de cuidados (Trueland, 2017, p. 23), siendo para la mayoría de la bibliografía el mayor ejercicio de profesionalización de la enfermería, en el caso anglosajón la PGM, en el caso español la GCE (Antón Solanas et al., 2004; Haldane, 1923, p. 272; Harris, K., 2011; Hay Beith, 1953, p. 351).

Un ejemplo de ampliación del ámbito de práctica de la enfermería es la anestesia. Hasta la primera mitad del siglo XX las enfermeras eran las responsables de la anestesia, algo que a día de hoy es impensable, siendo el primer ejemplo documentado en Pensilvania (Estados Unidos) en 1877, pasando por la formación que recibían las enfermeras alemanas en 1899 y acabando en ambas Guerras Mundiales (Koch, 2015; Nolte & Hallett, 2019, p. 42). El progreso y la complejidad de la anestesia de nuestro siglo, unido a la especialización médica y la división del trabajo creciente, ha hecho perder esta función en nuestro país.

Hasta bien entrado el siglo XX, la salud pública no se consideraba importante de cara a alcanzar una salud integral de las poblaciones, según algunos autores esto se debe a que la ética liberal (imperante en aquel momento) de no intervención en la vida económica y la idea de libre albedrío individual, imposibilitó hacer de la salud pública algo primordial, cuando el Estado no tenía más función que ofrecer estadísticas de mortalidad, como comenta (Szreter, 2003). Florence Nightingale es considerada una de las enfermeras que sentó las bases teóricas de la enfermería y que ayudó a su profesionalización, siendo su trabajo muy relevante en el campo de la salud pública y, sobre todo, la prevención de la enfermedad en las guerras.

Antes de este punto de inflexión, los mayores “asesinos” de las guerras eran las propias enfermedades de los campos de batalla, siendo especialmente relevante lo ocurrido en la Guerra

de Cuba (1895-98), donde los campamentos en casa (EEUU) resultaron más mortíferos que los campos de batalla cubanos (Bollet, 2005). Así, la fiebre tifoidea representó el 87 por ciento del total de muertes por enfermedades que ocurrieron en los campos de reunión durante la guerra (Cirillo, 2000; Connor, 1999).

Se ha evolucionado desde un escenario donde las enfermedades representaban la mayoría de las muertes en las guerras, superando a la muerte por heridas de combate, por armas, a un escenario donde el primero se ha reducido a un mínimo. Así, si la relación en la Guerra Mexicana de 1846 era de 10 muertos por enfermedades por cada 1 muerto en combate, en la Guerra del Golfo (1991) era de 0,01 muertos por enfermedades por cada muerto en combate (Writer et al., 1996). Si se mira más atrás, a la Edad Media, por ejemplo, la Primera Cruzada (1097-1193), el historiador Jonathan Riley-Smith estima que el 40% de todas las muertes fueron debidas a enfermedades y no al combate directo (Riley-Smith, 2002; Smail & Marshall, 1995). Otro ejemplo es la Expedición Walcheren, llevada a cabo por el ejército británico en 1809, donde el ratio enfermedades-campo de batalla fue de 40 a 1, con una gran variedad de enfermedades sufridas: malaria, fiebre tifoidea, tifus y disentería, muriendo 4076 soldados de los cuales sólo 106 fallecieron por causa de guerra (Howard, 1999), como documenta el Museo de Salud Pública de Reino Unido. En la Guerra de Crimea, pese a los esfuerzos de Florence Nightingale, el ratio fue de 3,8 a 1 destacando el cólera, tifus, fiebres variadas y el escorbuto. Ya en el siglo XX, al final de la Segunda Guerra Mundial, en pleno asedio de la Europa ocupada, (Daniels, 1947) recalca cómo la destrucción física y la privación nutricional catalizaron el surgimiento de la tuberculosis como *"el mayor desastre de salud de la Segunda Guerra Mundial".* En esta última gran guerra, la relación fue de 0,1 a 1 (Smallman-Raynor, Matthew R. & Cliff, 2004, p. 348).

Así, se ha encontrado que podemos trazar una serie de situaciones por la que las enfermedades han estado ligadas a las guerras durante siglos:

1. La movilización militar: al comienzo de las guerras a menudo ha alimentado la propagación de epidemias entre los soldados sin experiencia (Gayer et al., 2007, p. 1628).

2. Las epidemias en los campamentos: históricamente asociadas con las condiciones insalubres de los campamentos de campaña del ejército, los campamentos de prisioneros de guerra y otras formas de sistemas de asentamientos militares temporales e improvisados (UK Army Medical Department, 1858, p. 504).

3. Enfermedades emergentes y reemergentes: que reflejan el papel establecido desde hace mucho tiempo de la guerra como factor facilitador en la aparición de infecciones aparentemente nuevas y la reaparición de infecciones clásicas, tanto en poblaciones militares como civiles

4. Enfermedades de transmisión sexual: destacando uno de los grandes flagelos de las fuerzas militares pasadas y las guerras en las que se desplegaron (Rasnake et al., 2005, p. 64).

5. Desplazamiento de población: destacando la importancia epidemiológica que se atribuye a los movimientos voluntarios y forzados de poblaciones civiles como consecuencia de la guerra (Smallman-Raynor, Matthew & Cliff, 2004).

Por lo tanto, la sanidad militar tiene un impacto importantísimo en los progresos de la sanidad civil, y de igual manera ocurre con las investigaciones en sanidad civil, pues el primer campo donde se ponen a prueba son los conflictos bélicos, por su carácter inesperado, de urgencia y escasez, que obliga a buscar soluciones que en situaciones normales no se utilizarían.

4.4.1 Antecedentes de la Guerra Civil Española

Tras exponer los principales conflictos bélicos de principios del siglo XX y su relación con la sanidad, el trabajo se va a acentrar en el contexto concreto de España. Así pues, la Guerra Civil Española no puede entenderse sin comprender su contexto social, su realidad cultural, la situación internacional de entre guerras ni la historia reciente española. La España del siglo XX había cambiado mucho, ya no tenía el prestigio internacional ni era una potencia mundial, los últimos restos del Imperio Español se perdieron en 1898 en el enfrentamiento con Estados Unidos. España no era relevante económicamente: su riqueza estaba constituida casi al 50% por la agricultura nacional, no era relevante como destino turístico, su sector industrial no lograba desarrollarse adecuadamente y tampoco había logrado ser vanguardia en ningún aspecto científico-tecnológico. La mayoría de sus 18 millones de habitantes vivían del campo, siendo un 80% del total analfabetos y 75% de ellos viviendo en la pobreza mientras una pequeña cantidad de aristócratas, terratenientes y miembros del clero se repartían la riqueza del país, mientras las elecciones estaban controladas por los terratenientes en el denominado caciquismo. En 1902 comienza su reinado Alfonso XIII, con solo 16 años, con el destino de dar continuidad a la Restauración Borbónica. Este sistema político comenzó a dar síntomas de agotamiento tras estar apoyado en el denominado “turnismo”, un modo de gobierno donde los terratenientes ejercían su poder a espaldas del pueblo y con el beneplácito del Rey. Liberales y conservadores se turnaban en el poder consecutivamente y de forma pactada, creando aún más descontento social del que ya había y floreciendo múltiples huelgas a partir sobretodo de 1905 (Beevor, 2006, p. 43; Cuesta Bustillo, 2021, p. 185; Jackson, G., American Council of, & University, 1965, p. 10; Preston Paul, 1994, p. 5, 78; Thomas, 2001, p. 77).

Uno de aquellos momentos de huelga ocurrió en 1909, la llamada Semana Trágica de Barcelona, que consistieron en unas movilizaciones y huelgas masivas, concentradas en torno al descontento popular con la Guerra de Melilla del Rey Alfonso XIII. Después de varios fracasos militares en el Rif, el presidente del gobierno Antonio Maura ordenó el reclutamiento obligatorio de miles de españoles, con varias excepciones: aquel que pudiese pagar 8000 reales podía quedarse en tierra firme. En aquella época un obrero medio ganaba al día unos 10 reales, por lo que los hijos de la burguesía y la clase terrateniente lograron no ser reclutados pagando estas "tasas". Esta situación generó mucho descontento y los trabajadores se lanzaron a las calles generando una auténtica insurrección armada en muchas localidades catalanas como Badalona, Premià de Mar, Manresa, Sabadell o Mataró, llegando a ocupar ayuntamientos, cortar vías de ferrocarril, telefónicas y quema de edificios religiosos. Tras unas dos semanas de conflicto en las calles, las noticias que llegaban de Marruecos del desastre de la operación del "Barranco del Lobo", donde fallecieron 150 reservistas que habían salido de Barcelona a la fuerza 10 días antes, avivó aún más la insurrección. La protesta antibelicista se transformó en protesta anticlerical y movilización obreras y sindicales. La represión terminó con las movilizaciones, dejando 78 civiles muertos y más de medio millar de heridos, así como un centenar de edificios incendiados. Los días siguientes el gobierno clausuró sindicatos, colegios laicos y sentenció a muerte a cinco personas (Beevor, 2006, p. 51).

La situación no parecía mejorar y en 1917 estalló una Huelga General a nivel nacional, en los principales centros industriales del país. El caldo de cultivo fue el creciente deterioro de las condiciones de vida de las clases trabajadoras como consecuencia de la Primera Guerra Mundial. Así mismo, la reciente Revolución Bolchevique creaba mucho atractivo en la izquierda revolucionaria española y en los principales sindicatos socialistas, la UGT y el anarquista CNT. La huelga comenzó en diciembre de 1916 y continuó en marzo de 1917 con un manifiesto firmado por Largo Caballero con la respuesta contundente del gobierno liberal del conde de Romanones, que suspendió las garantías constitucionales y encarceló a todos los firmantes del manifiesto. La CNT dominó la huelga, pues tenía sus bastiones en Cataluña y Andalucía, mientras que la UGT dominaba Madrid y País Vasco. Alfonso XIII intentó calmar los ánimos sustituyendo miembros del gobierno, pero las sentencias de muerte firmadas a finales de 1917 no ayudaron a ello (Preston Paul, 1994, p. 11; Thomas, 2001, p. 21).

Ya en 1921 ocurrió el Desastre de Anual, en el contexto de la Guerra del Rif (1921-1927) con las tropas españolas sufriendo bajas desproporcionadas. Así llegamos a septiembre de 1923, donde triunfará un golpe de Estado a manos del Capitán General de Cataluña Miguel Primo

de Rivera. Alfonso XIII apoya este alzamiento militar manteniéndose él en el gobierno de la nueva dictadura. Primo de Rivera suspendió las garantías constitucionales, disolvió las Cortes y declaró el Estado de Guerra. La persecución a las organizaciones de la izquierda extraparlamentaria siguió escalando y la represión social lejos de reducir el descontento popular, lo acrecentó. En 1930, a tenor de la Gran Recesión, dimitió de sus cargos. Alfonso XIII inicia la denominada "Dictablanda", a cargo de Dámaso Berenguer, con el que intentará reconstruir las garantías constitucionales. Berenger durará un año escaso, le sucederá el almirante Aznar que convocará elecciones municipales donde los partidos republicanos obtienen máxima representación. El 13 de abril Alfonso XIII interpreta que no es querido en su propio país como Jefe de Estado y abandona España hacia Francia, un día después se proclamaría la Segunda República Española (Jackson, G. et al., 1965, p. 6; Preston Paul, 1994, p. 12; Preston, 1993, p. 58).

La Segunda República se puede dividir en tramos bien diferenciados. El primero constituye el gobierno provisional que emergió del "Pacto de San Sebastián", una reunión clandestina celebrada en agosto de 1930 entre los partidos republicanos con el objetivo de poner fin a la Monarquia de Alfonso XIII. El nuevo gobierno se componía de partidos liberales y socialistas, conservadores y progresistas: PSOE, DLR, PRRS, ACR y ORGA . Este gobierno propugnó una nueva Constitución en diciembre de 1931, tras las elecciones libres llevadas a cabo en junio del mismo año. Esta nueva Carta Magna declaraba a España "una República de trabajadores de toda clase, que se organizan en régimen de Libertad y de Justicia. Los poderes de todos sus órganos emanan del pueblo". Su artículo 3 fue posiblemente el más revolucionario de todos, pues rechazaba la confesionalidad del Estado, un hecho sin precedente en la historia del constitucionalismo español. Asimismo, el artículo 36, reformado más tarde, sentó las bases del sufragio femenino por primera vez y la igualdad de hombres y mujeres ante la ley. Estos tres últimos puntos son de relevancia inigualable para la historia de la enfermería en nuestro país, siendo el último común a todos los países (Calvo-Calvo, Manuel-Ángel, 2016, p. 516; Choperena, 2016, p. 54; Choperena, 2021, p. 5). Los años siguientes constituían progresos y retrocesos a partes iguales, en función de quien gobernase, y desde que lado se mire.

Para entender el internacionalismo sanitario que ayudó a la República al comenzar la guerra y sus motivos es preciso entender el significado político y social que ésta tuvo para miles de personas en todo el mundo, ya que las biografías de enfermeras que acudieron a la guerra que se ha podido consultar reflejan esto mismo, en uno u otro bando. La República tuvo en frente a los conservadores republicanos y a los monárquicos, pero sin duda la mayor oposición, y la más fuerte, fueron las organizaciones a la izquierda del PSOE, como la CNT, la UGT, la FAI y el

PCE. El primer levantamiento armado contra la República fue en agosto de 1932 desde las fuerzas armadas, la Sanjurjada. Fue llevada a cabo por un general de la Guardia Civil pero el gobierno tenía conocimiento de ello y la aplastó rápidamente. Detrás de este, vinieron las insurrecciones anarquistas de enero de 1932 en Cataluña, enero de 1933 en Barcelona, Valencia y Aragón; y diciembre de 1933 en Aragón, La Rioja y Zaragoza. Especialmente relevante fue la matanza de trabajadores de enero de 1932 en Casas Viejas, Cadiz. En octubre de 1934, en medio del bienio conservador, los mineros y trabajadores asturianos se levantaron en armas contra el gobierno de la República, a los que se unió gran parte de Cataluña, que derogó su Estatuto y declaró su independencia. Al menos 3000 trabajadores fueron entrenados meses antes, cientos de armas fueron robadas y dinamita usada. La Revolución de Asturias quedó bañada en sangre durante 14 días, dejando 3000 muertos y 30000 detenidos. La República encomendó sofocar la revolución a un joven general del protectorado africano: Francisco Franco (Cardillo et al., 2019; De Vries, 2009, p. 91; Hannant, 2004, p. 174; Jackson, Angela, 2002, p. 47; Jackson, Angela, 2015; Moruno & Rodríguez, 2009, p. 306; Palfreeman, 2012, p. 21).

En los años siguientes vinieron muchos progresos en materia social, sanitaria y asuntos públicos, enormes esfuerzos por que la educación llegase a todos los pueblos y que la asistencia sanitaria no tuviese precio o los intereses de caciques e industriales no moviesen todo un país. Una parte del país se decantó por un lado, y por otro. En materia sanitaria se dieron muchos avances, entre ellos está los debates en pro de lo que serían las primeras pinceladas de lo que hoy es el modelo actual de salud pública y de salud basada en los determinantes sociales de la salud, en línea con la definición actual de salud de la ONU (Bernabeu Mestre & Gascón Pérez, 1999, p. 99; Lucena, 2002, p. 75; Rodríguez Ocaña & Menéndez Navarro, 1986, p. 1106). La Segunda República impulsó el avance de la educación pública en España, un hecho sin precedentes, promoviendo una mejora tanto en términos cualitativos como cuantitativos, por ejemplo, según los datos más conservadores se aumentaron desde los 37500 a 50500 maestros en cuatro años (de abril de 1931 a abril de 1935), la creación de 91 nuevos centros de secundaria (se duplicaron los ya existentes) así como un aumento en el número de alumnos de los 76074 en 1930 hasta los 145007 en 1935. En el medio rural, mientras se impulsaba el nuevo proyecto de la Enfermera Visitadora, también se hacía hincapié en una adecuada remuneración salarial de los docentes, así como el acceso a la escuela de los niños pobres y de habitantes de zonas abandonadas por el Estado, creando a su vez las Misiones Pedagógicas (León et al., 2018, p. 328). Se puso en práctica real el Seguro Obligatorio de Maternidad (aunque sancionado en 1929) ofreciendo una atención sanitaria integral y gratuita a embarazas durante y después del parto, así como el derecho a su descanso y al subsidio; se aprobó el derecho al aborto y se impulsó la

educación de la mujer (Ruiz Berdún & Gomis Blanco, 2014, p. 78). En cuanto a los intereses de los trabajadores también se avanzó enormemente: se creó por primera vez en noviembre de 1931 el Convenio Colectivo, así como condiciones regladas en torno a la rescisión de contratos, que antes consistía en la voluntad arbitraria del terrateniente o industrial. Además, España se convirtió en uno de los primeros países en reconocer el derecho a las vacaciones remuneradas, 7 días al año, así como en proteger el derecho a huelga, no pudiendo consistir en causa de despido (Cuesta Bustillo, 2021, p. 189; Largo Caballero, 1931, p. 1135). Dentro del apartado militar, la República creó en 1932 el Cuerpo Auxiliar Subalterno del Ejército (CASE), que sentó la base de los cuerpos de especialistas, como son: electricistas, docentes, técnicos de mantenimiento de vehículos y de laboratorio, especialistas en artillería, hosteleros, técnicos de telecomunicaciones, farmacéuticos o enfermeros militares, entre otros. Se dio autonomía a cada especialidad, se especializó su formación y se democratizó su acceso (Azaña, 1932, p. 866).

Se conocía que un golpe de Estado era inminente pero el gobierno de Casares Quiroga creyó que lo tenía controlado. Separó a los generales que planeaban la rebelión, los mandó a cada uno a un punto de la península, fue inútil. La Agrupación de Militares republicanos (UMRA) actuó en consecuencia, 200 militares viajaron a África para acabar con los generales golpistas, pero el gobierno republicano los detuvo el 8 de julio. El Golpe de Estado fue el día 18. En julio de 1936 España tenía un ejército mal formado, poco técnico y nefasta logística, concentrando el 40% de sus soldados, la mejor guarnición, en Marruecos. Fue la primera en sublevarse, partiendo en dos el ejército de la República (Beevor, 2006, p. 89).

Tras la victoria del Frente Popular en las elecciones de febrero de 1936 comenzó la conspiración. Para gran parte de la derecha la única solución ante la victoria democrática de la izquierda era la intervención militar. Así, de un lado se justificó el golpe de estado alegando una inminente intervención soviética en España y una conspiración de índole comunista. El bando rebelde se basaba, para ello, en unos documentos que más tarde se demostraría que no existían, de igual manera que ocurrió con “Los Protocolos de los sabios de Zion” (Preston Paul, 1994, p. 149-151; Rodríguez López-Brea & González Calleja, 2018, p. 108-111; Southworth, 2002, p. 159; Southworth, 2008, p. 201; Tuñón de Lara, 1974, p. 481; Viñas, 2019, p. 20, 31, 173).

Los meses que siguieron fueron los de la violencia política en la calle. El magistrado Manuel Pedregal, que había sentenciado a 30 años a un falangista por el asesinato de un joven de izquierdas, fue asesinado por falangistas. El teniente José Castillo fue asesinado por un grupo de requetés la noche del 13 de julio, y como represalia horas después la Guardia Civil secuestró y quitó la vida a José Calvo Sotelo, diputado minoritario y exministro de la dictadura de Primo de

Rivera, en realidad buscaban a José Maria Gil-Robles (Beevor, 2006, p. 85; Gibson, 1982, p. 84; Tuñón de Lara, 1974, p. 515; Viñas, 2019, p. 397).

El golpe de Estado fracasó y la guerra comenzó. La mayoría de los generales no se sublevaron pero casi el 70% de las tropas españolas estaban en Marruecos, siendo ésta la mejor guarnición del país, y su mayor autoridad sí se sublevó. La República se negó a armar a los sindicatos, partidos y organizaciones populares, refutando así la teoría conspiradora del franquismo (Beevor, 2006). El ejército franquista contaba en 1938 con cerca de 200 mil soldados, contando con las tropas profesionales de Italia, Alemania y la Legión Viriata portuguesa, mientras la República apenas llegaba a las 40 mil tropas profesionales (Aróstegui, 1997, p. 27; Beevor, 2006, p. 264; Salas Larrazábal, 1989, p. 101).

Tras la rebelión los gobiernos de Reino Unido, Italia, Francia y Alemania firmaron un pacto de no intervención en la guerra. Italia y Alemania inundaron España de armas, soldados, tanques y aviones. México y la URSS aportaron armas a la República, pero no soldados, y una cantidad muy inferior a la aportada por las potencias fascistas (Aróstegui, 1997, p. 41; Howson, 1999). La República emprendió una lucha solitaria, la de David contra Goliat, la de miles de voluntarios extranjeros y milicianos españoles, sin ninguna experiencia militar, contra las feroces tropas africanas curtidas en las guerras del Rif, los miles de soldados nazis, italianos y su avanzada maquinaria por tierra, mar y aire. No era una Guerra Civil, era una guerra incivil, un campo de pruebas para la SGM (Beevor, 2006, p. 196; De Vries, 2009, p. 92; Hodgson et al., 2005, p. 11; Jackson, G., 1974, p. 60; Urien Blázquez, 2013; Viñas, 2019, p. 412).

4.5 El camino hacia la profesionalización

Para comprender cómo se desarrolló la profesionalización enfermera durante la Guerra Civil Española se deberá estudiar antes este mismo proceso durante los 30 años previos. Se realizará un recorrido mediante la composición y el progreso en los planes formativos, ordenes ministeriales, disposiciones aprobadas y las propias impresiones de las enfermeras y profesionales sanitarios más relevantes del momento.

Según el sociólogo Harold Wilensky (1964, p. 143), una actividad u ocupación puede convertirse en profesión en 5 etapas: “emergencia de un grupo ocupacional, establecimiento de procedimientos institucionalizados de selección y formación de candidatos para la profesión, formación de una asociación profesional, reconocimiento público y apoyo legal, y por último elaboración de

un código ético de deberes profesionales" (Wilensky, 1964, p. 143). El apoyo legal, que supone la habilitación, reconocimiento y la consolidación de las normas respecto a una profesión, comenzaron a estipularse en España sólo a partir de 1915, y a cuentagotas. Según algunos autores, la profesionalización enfermera se inicia en Europa Occidental y los Estados Unidos a principios del siglo XIX, con la revolución protestante, generando una respuesta muy dispar durante el siguiente siglo, habiendo ya enfermeras profesionalizadas 30 años antes que en España (González Canalejo, 2008, p. 218). Los factores de ello dependerán de la situación económica, social y política de cada país, y también de la organización, unicidad y poder colectivo del colectivo de enfermeras. En España el primer factor comenzó a emerger durante la situación social surgida desde 1931, y la Guerra Civil no hizo más que catapultar las condiciones presentes, convirtiendo una actividad desorganizada, caritativa, de primacía femenina y deficiente técnicamente hablando, en una profesión con procedimientos sistemáticos, con participación de ambos géneros, basada en la ciencia y en las innovaciones sanitarias, que no se catapultaría hasta 1977.

De acuerdo con Antón-Solanas (2010), Siles (1991), Bernabéu y Gascón (1999) la enfermería española experimentó una gran evolución entre 1915 y 1936, año de comienzo de la Guerra Civil, por ello se va a realizar un breve repaso de este. Para comenzar este repaso se debe empezar con la Real Orden de 7 de mayo de 1915, que reconocía a las enfermeras como una "profesión auxiliar sanitaria", con la división en practicantes, matronas y enfermeras. Para cada uno había planes diferentes de estudios y tres profesiones diferentes, según Santamaría (2007) división realizada en base a la división sexual del trabajo. Tras 1915 emergieron en España diversas escuelas que impartían formación reglada. En Catalunya se creó ese mismo año la Escuela de Enfermeras de Santa Madrona, y más tarde la Escuela de Enfermeras Auxiliares de Medicina, en 1917 (Domínguez-Alcón, 1979; Glòria & Cuxart i Ainaud Núria, 2021). El gobierno español creará ese mismo año el "Cuerpo de Damas Enfermeras de la Cruz Roja", ofreciendo una formación oficial, estrictamente regulada y orientada a prestar servicio en situaciones de urgencias nacionales (Gaceta de Madrid, nº 60, 1917, p. 504-505). Su objetivo, según la propia Cruz Roja, era "(...) ofrecer, como ayuda sanitaria al Ejército y la Armada y a los médicos de la institución, la asistencia gratuita a los enfermos y heridos en tiempos de paz y de guerra" (Cruz Roja Española, 1928). Contaba con un total de 35 lecciones y prácticas curriculares, aunque el título sólo tendría validez en la Institución.

En 1918 la Cruz Roja dará un paso de gigante al fundar sus seis primeros hospitales: Madrid, Bilbao, Barcelona, Granada, San Sebastián y Ceuta. En el de San José y Santa Adela, en Madrid, se funda, además, la primera Escuela de Enfermeras (Clemente, 1989, p. 10). En un

panorama de carencias generalizadas en materia sanitaria, la red asistencial de la Cruz Roja tendrá un especial significado. A nivel estatal se creará en 1924 la Escuela Nacional de Sanidad (ENS) que comenzará a formar enfermeras y médicos con objetivos higiénico-sanitarios muy claros, esta Escuela formará a funcionarios médicos, practicantes y enfermeras, estos dos últimos considerados "personal subalterno auxiliar", para luchar contra el paludismo y otras enfermedades infecciosas. La dictadura de Primo de Rivera, con la creación de la ENS, pretendía instruir al personal sanitario adecuadamente con el objetivo de actualizarlo a la nueva ciencia médica en su vertiente higiénico-sanitaria (Gaceta de Madrid nº 324, 1924, p. 1196) En 1929 fue creado en Santander la Escuela de Enfermeras de la Casa de Salud Valdecilla, centro que sería muy importante en la formación de enfermeras durante la Guerra Civil y se convertiría en una referencia a nivel nacional (Alvarado, C. 1992).

Más adelante, en mayo de 1932, el gobierno de la II República aprobará la Orden Ministerial (OM) que creará las especialidades de Practicante Psiquiátrico, Enfermera Pediátrica, Enfermero Psiquiátrico, Enfermeras Sanitarias, Enfermeras Visitadoras de Higiene y Enfermeras Visitadoras Puericultoras. Especialmente importantes fueron los desarrollos en cuanto a enfermería psiquiátrica. Por primera vez se hizo obligatorio la ostentación de una especialización para trabajar en establecimientos psiquiátricos, tanto para practicantes como enfermeros. Como requisitos se exigían haber cursado estudios prácticos y teóricos en un Establecimiento psiquiátrico oficial o privado como mínimo dos años (excepto a los Practicantes, a los que solo se les exigía un año), tener 22 años de edad, pasar un examen médico y psicotécnico y realizar el examen anual de acceso en Madrid, Granada, Santiago o Barcelona (Gaceta de Madrid nº 141, 20 mayo 1932, p. 1335-1336). De nuevo hubo polémica entre practicantes y enfermeros. Los primeros no estaban conformes con la esta especialidad, aclarando que los enfermeros se dedican al cuidado de los enfermos y los practicantes a las funciones medico quirúrgicas, así que el Director General de Sanidad aclaró que el nuevo diploma de enfermería psiquiátrica no rebajaba las competencias de otros profesionales (Bernabeu Mestre & Gascón Pérez, 1999, p. 130; Blázquez-Ornat, 2017, p. 118; Cantarino et al., 2018, p. 62).

Siles (1991, p. 121) en su profundo estudio de la historia y de evolución de la enfermería en España remarca que esta no tuvo una práctica reglamentada hasta 1915 y añade que el máximo nivel de calidad, reglamentación y sistematización alcanzado se da en los años de la II República (1931-1936). Manuel Monge Ortiz (2015) considera que el éxito del avance y la integración femenina en la enfermería estuvo favorecido por importantes figuras intelectuales y políticas como María de Maeztu, María Zambrano, Soledad Ortega, Clara Campoamor, Victoria Kent

o Margarita Nelken. Asímismo, la II República creó una serie de nombramientos, como el de las Enfermeras Visitadoras o los Practicantes Auxiliares de Inspección, puestos muy unidos a los avances en salud pública (Bernabeu Mestre & Gascón Pérez, 1999, p. 6; García Blanco & Pérez Velasco, 2015, p. 673; Pedraz Marcos et al., 2007). En 1933 se creó la Escuela Nacional de Visitadoras y estaba previsto para 1936 la creación de la Escuela de Enfermeras Sanitarias y de Asistencia Pública (Bernabéu y Gascón, 1999, p. 120), con una ambición muy grande y una gran anticipación a las teorías modernas de determinantes sociales de la salud (Bernabeu Mestre & Gascón Pérez, 1995, p. 175; Bernabeu Mestre & Gascón Pérez, 1999, p. 96). En este contexto se llega a la Guerra Civil Española, en 1936.

4.6 La enfermería militar en España

De acuerdo a la literatura no ha existo la figura de la enfermera militar hasta la Guerra del Rif en los años 1920. Mientras dos años antes Inglaterra enviaba a Nightingale y su equipo a revolucionar la Guerra de Crimea, en la Sanidad Militar española durante la Campaña en Marruecos (1860) no había ni rastro de la figura de la enfermera (Martín Sierra, 2014), tampoco en la Guerra de Cuba en 1895 (Martínez, Y., 1998) ni en los sucesos de Filipinas en 1898 (Martín Ruiz, 2015).

Acaba ya la Primera Guerra Mundial y 43 años después de la última Guerra Carlista se funda en Pamplona la “Asociación de Margaritas de Navarra”. El nombre hace honor a la esposa de Carlos VII y se encomendaron la tarea de crear una organización que realizase cuidados enfermeros a los más necesitados, siguiendo la estela de las organizaciones de mujeres sanitarias no cualificadas que participaron en las Guerras Carlistas. Ahora, en período no bélico las Margaritas realizaban su actividad en domicilios y centros de salud de Pamplona, como el Hospital Provincial y Hospitales psiquiátricos. En cuanto el golpe de Estado fracasó y la Guerra Civil dio comienzo, las Margaritas comenzaron a impartir cursos rápidos para formar enfermeras en varias localidades navarras como Estella, Sangüesa, Artajona y Pamplona (Guinea, 2005). Estos cursos formaban en nociones básicas de inyecciones, vendajes, curas y vías de administración de medicamentos. Evidentemente, dado el componente fuertemente clerical y tradicionalista que profesaba el carlismo, las labores enfermeras estaban reservadas sólo a mujeres. Los diarios de propaganda carlista difundían esta idea entre sus seguidores:

“No es soldado, porque es mujer, y por temperamento y por vocación no aspira a herir, sino a curar, no ha disparar el fusil como una miliciana, sino a orar y trabajar como una cristiana” (Sanchez Solórzano, 2010).

Esta divergencia en la concepción de la mujer enfermera en cada bando sería muy importante más adelante (Anton-Solanas, Isabel, 2010, p. 45; Bescos Torres, 1987, p. 119; López Vallecillo, María, 2016, p. 315). Sus labores también incluían avituallamiento de ropa, uniformes y alimentos para las columnas de requetés que marchaban al frente. En los meses previos al golpe de Estado que daría origen a la Guerra Civil, organizaciones carlistas ya realizaban cursos de urgencia a voluntarias.

Antes de las Margaritas, fueron organizadas las “Damas Enfermeras”, a cargo de la Cruz Roja Española, en 1917. La Cruz Roja fue creada por la Reina Victoria en 1864, como una organización socio-sanitaria de carácter voluntario pero bajo el amparo del gobierno español, dado que observó que en España la atención sanitaria a los enfermos estaba dominada por asociaciones cristianas no organizadas y que en caso de emergencia nacional o internacional, no podrían hacer frente. Fue ya en 1917, en medio de la Guerra Mundial y tras la promulgación de la titulación oficial enfermera, que se crearía el Cuerpo de Damas Enfermeras de la Cruz Roja. Fue a partir de este momento que las enfermeras comienzan a ser formadas de manera reglada e institucionalizadas de cara a ofrecer la enfermería como un camino remunerado, y no una misión caritativa de servicio religioso. Se detalla el primer programa de formación que tuvieron, dividido en 35 lecciones (**ANEXO 8**). Cabe resaltar que la formación de las Damas Enfermeras de la Cruz Roja sólo les facultaba para ejercer en la Cruz Roja Española. Es paradójico que la figura del practicante militar fue creado casi a la par, por un Real Decreto en 1921. Aunque los practicantes militares existían desde 1885, se dice que era un puesto ocupado por personas sin formación en la materia, mientras que desde 1921 se convocan plazas específicas con una cualificación requerida (González Yanes, 2014, p. 31). En la figura 1 se aporta un resumen de la legislación acerca de la institucionalización de las enfermeras y practicantes entre el final del siglo XIX y el primer tercio del XX.

Legislación	Progreso
RO 1878	El Cuerpo de Practicantes de la Armada adquiere protección institucional.
RO del 19 abril 1901	En cada batallón se designará a un soldado, que recibirá instrucción, para que actúe como enfermero o practicante.
RD del 28 febrero 1917	Primeras mujeres admitidas en el ejército: Cuerpo de Damas Enfermeras de la Cruz Roja.
RO del 24 noviembre 1921	Se convocan plazas formalizando institucionalmente al Practicante Militar.
Ley del 13 de mayo 1932	Creación del CASE

Figura 2: Evolución en la legislación de la enfermería militar.

Fuente: Elaboración propia desde (González Yanes, 2014, p. 131)

Como conclusión cabe mencionar el gran atraso que acumulaba España en cuanto a la figura de la enfermera militar, si se compara con otros países europeos. Las enfermeras militares cualificadas sólo comenzaron a formar parte del ejército, y ser reclamadas como parte fundamental, a partir de la Guerra del Rif, ganando gran renombre en la Campaña de Anual en 1921, cuando Inglaterra, Australia o Estados Unidos ya tenían cuerpos específicos 20 años antes.

4.6.1 La organización sanitaria de los dos bandos.

Ambos bandos tardaron bastante en formalizar la organización sanitaria del conflicto. El bando rebelde lo hizo a finales de octubre de 1936 con la *"Jefatura de Sanidad Militar"*, mientras que el bando Republicano lo hizo el 26 de agosto de 1936, con las *"Juntas de Coordinación Sanitaria".* Hay que tener en cuenta que el bando golpista constaba con el hándicap de tener en sus filas a gran parte de los efectivos sanitarios militares ya existentes en la flota sublevada, sobre todo en África, aunque gran parte de los altos mandos médicos permanecieron fieles a la República (Anton-Solanas, Isabel, 2010, p. 165; Serrallonga i Urquidi, 2015, p. 65). En el caso

republicano se tuvo que construir desde efectivos civiles y, como veremos más adelante, desde la coordinación de voluntarios internacionales: desde los muchos enfermeros y médicos que vinieron a España a aportar su experiencia. La organización sanitaria que se expone a continuación es la relativa al ejército de la República, pues hay muy poca literatura que aborde la organización franquista. Igualmente, se aporta un esquema común a ambos ejércitos.

En otras guerras, tras recibir atención de emergencia en primera línea de batalla, el herido era trasladado a hospitales base en la retaguardia para recibir tratamiento médico, sufriendo trayectos demasiado largos, en ocasiones mortales. Este sistema funcionó hasta la IGM y dejó de utilizarse desde la Guerra Civil Española, conflicto pionero (Palfreeman, 2012, p. 75; Venables, 2021). Los transportes eran pesados, lentos y la higiene en campo de batalla escasa, por lo que no constituyó una opción. En la GCE se empezó a demostrar que la atención quirúrgica temprana unida a una mínima antisepsia y asepsia en la atención quirúrgica era básico para reducir la mortalidad de los heridos y el tiempo que pasaban ingresados.

El sistema desarrollado en España en el bando republicano se conocía como “Sistema de avance en 3 fases” (three-point forward system) y contaba con tres eslabones (Palfreeman, 2012, p. 74; Sebastian Browne, 2017, p. 139).

1) Puesto de clasificación de bajas, o Triage: gestionaban la evacuación de los heridos hacia el puesto correspondiente.

2) Hospital nº1, Hospitales de sangre o de vanguardia: trataban las heridas más graves y estaban a escasos kilómetros del frente de batalla, con el objetivo de comenzar y terminar las cirugías en menos de 5 horas.

3) Hospital nº2 u hospital de retaguardia: para casos menos urgentes.

Este sistema fue expuesto por el médico británico Douglas Jolly en su libro “Field surgery in total war” y sería incorporado en la Sanidad Militar del Ejército Británico desde 1939 (Coni, 2008, p. 138).

La atención sanitaria en ambos ejércitos se conceptualiza de forma similar, en dos niveles, por ejemplo el Republicano *(Figura 3)*. En el esquema se pueden distinguir las distintas funciones que tenía cada profesión sanitaria en función de la zona del campo de batalla donde se encontrase, así cómo con qué medios contaba.

En cuanto a la organización sanitaria en el ejército franquista como se ha comentado anteriormente se dispone de menos información, pero parece que la organización sanitaria se componía de dos niveles fundamentales, con pequeñas variaciones en cada bando:

- Primer nivel: comprende los cuidados de primeros auxilios en el campo de batalla, pasando por la correcta evacuación de los heridos hasta la correcta realización de un traje a mitad de camino, terminando en el tratamiento en un hospital de campaña pero alejado del frente.
- Segundo nivel: comprende el proceso desde el hospital de campaña hasta la parcial o completa recuperación del paciente en los hospitales convencionales o en los propios hogares.

El primer esquema de evacuación era, en orden: puesto de socorro – puesto de triaje – hospital de campaña (Joan Ramon Soler, 1985; Palfreeman, 2012, p. 103).

En el frente, como en cualquier hospital civil, se realizaba un cribado de atención según la gravedad de las lesiones. El equipo médico del triaje comprendía a un médico, uno o más practicantes y un amplio número de camilleros. Después de la valoración inicial y la posible estabilización del paciente, se evaluaba si el paciente aguantaría el traslado a un hospital de base, fuera del campo de batalla. Si es así, las llamadas “autoambulancias” transportarían al paciente, junto al conductor, dos camilleros y un asistente de clínica. La escasez de practicantes, médicos y asistentes era tan grande que los practicantes y asistentes que marchaban en ambulancias eran no-cualificados, formados durante la marcha de la guerra. Cuando el terreno era sinuoso o muy inestable para que un vehículo a motor transitase por él, el transporte de los heridos se realizaba o mediante varios camilleros o mediante el *caballo sueco* o *artolas* (Figura 2), siendo imbuidos en la parte trasera del caballo o mula encima de una silla de montar (Anton-Solanas, Isabel, 2010, p. 114; Picardo Castellón, 1986).

Las unidades militares sanitarias estaban dirigidas por un Cuerpo Central de Sanidad, estando divididas en cinco tipos: escalón regimental, divisionario, cuerpo de ejército, de etapas y de la zona de la retaguardia. Cada batallón disponía de un médico y un practicante, cada compañía tenía 10 profesionales sanitarios: 1 cabo sanitario, actuaba como jefe, y los 9 restantes se dividían en grupos de 3, 1 sanitario y 2 camilleros, siendo repartidos entre tres secciones de cada compañía, mientras que cada Brigada Mixta contaba con una unidad de sanidad propia. La organización sanitaria era dinámica y se adaptaba a la estructura de combate. Por ejemplo, en la zona del interior estaban los hospitales permanentes y los recurrentes, mientras que en cada

brigada se creó un escalón regimental, con los oficiales médicos moviéndose junto a las tropas. El proceso en cadena resumido sería:

	Ubicación	Personal	Función (F) y logística (L)
Primera línea	Trincheras	Camilleros y practicantes.	F: Recogida de heridos L: 1-2 camillas.
Puesto de Socorro de Batallón	1,5km	1 médico 1 practicante.	F: Primer diagnóstico y curas. L: Numerosas camillas y acceso de ambulancias.
Puesto de Socorro de Brigada	3km	3 médicos 8 practicantes 16 camilleros.	F: Clasificación y cuidados avanzados. L: Higiene de campamentos y furgón de farmacia.

Figura 3: Organización de la sanidad militar republicana

Cuadro adaptado desde (Joan Ramon Soler, 1985).

En la primera línea trabajaban los camilleros recogiendo heridos, que eran evacuados a los puestos de socorro al producirse un cese eventual del combate *(Figura 4).* Antes de esto se llevaba a cabo el triage médico para determinar la urgencia o no de cada herida. Asímismo se debían realizar las primeras curas, inmovilizaciones primarias de fracturas o taponamientos de hemorragias graves. Estas curas primarias se realizaban en el campo de batalla gracias a que cada soldado portaba con él un pequeño botiquín con gasas, yodo y alcohol. Una vez los camilleros dejaban a los heridos en el puesto de socorro deben volver al frente. En el caso de una oleada masiva de heridos o una retirada el objetivo prioritario de los sanitarios serán el de retirar a los heridos del campo de batalla inmediato y realizar las primeras curas, salvo que haya otra orden expresa (Joan Ramon Soler, 1985, p. 383).

Figura 4: Camilleros evacuando heridos. Teruel, 1938.

Fuente: Imagen procedente de los fondos de la Biblioteca Nacional de España.

> Los Puestos de Socorro se dividían en: de compañía, de batallón y de brigada. Las primeras curas deberían hacerse en los Puestos de Socorro de Compañía, pero también se realizaban, a veces, en campo abierto. En lo alto de los Puestos de Socorro se colocaba una bandera de la Cruz Roja, con el objetivo de recordar lo acordado en la Conferencia de Ginebra: los puestos de atención sanitaria no pueden ser atacados. Estos puestos estaban localizados entre las trincheras, con al menos un sanitario por puesto y capaz de realizar estas tareas. La recomendación que narra Juan Ramón Soler i Según es tener 3 puestos por cada compañía (1 por sección), o por lo menos tener 1 en el campo de batalla más inmediato para atender al herido y los demás dispuestos en los caminos de evacuación. Los Puestos de Socorro de Compañía (PSC) eran los encargados de realizar las primeras curas y se localizaban en segunda línea o próximo a la primera trinchera. Debían tener una amplitud suficiente (1,20m) para permitir el paso de una camilla, profundidad de 2m y la suficiente anchura cada 100m para permitir el paso simultáneo de dos camillas en sentidos opuestos. Los Puestos de Socorro de Batallón (PSB) se encontraban bajo la

dirección de un teniente médico y en él se realizaba el primer diagnóstico de urgencia. Éstos, se ubicaban próximos a la primera línea de batalla, 600-1500m del frente, y contaban con un espacio para más de 7 camillas y una anchura suficiente como para permitir el acceso de una ambulancia

Después, se realizaba la evacuación mediante camillas y autoambulancias hacia los Puestos de Brigada, ubicados a unos 3km del frente, bajo órdenes de un capitán médico. Contaba con 3 médicos auxiliares, 8 practicantes y 16 camilleros. Aquí se realizaba el triage, se valoraba el vendaje realizado en el puesto anterior, se prescribía medicación y se profundizaba en los aspectos higiénicos de las heridas. Este Puesto funcionaba como un hospital de campaña, con tiendas y casetas pequeñas que albergaban productos y tecnología sanitaria de todo tipo. Mucho más atrás, entre los 10-28km, se sitúa el escalón divisionario "de segunda línea", que estaba compuesto de ambulancias, equipo quirúrgico, columna de evacuación rápida y equipo de desinfección de la ropa y el material sanitario, así como un laboratorio rápido. Estaba bajo el mando de un comandante o teniente coronel y recibía a los heridos del primer escalón, donde se prestaba ayuda urgente y se planificaba el transporte. Este escalón contaba con un capitán, un jefe de servicios y un Puesto de Socorro de División, que contaba con: 1 capitán médico, 2 oficiales médicos, 1 sargento, 2 cabos, 10 practicantes y 30 conductores de ambulancias. (Joan Ramon Soler, 1985, p. 383; Palfreeman, 2012, p. 80; Sebastian Browne, 2017, p. 173)

Figura 5: Enfermera republicana en un hospital de campaña. 1937.

Fuente: Imagen procedente de los fondos de la Biblioteca Nacional de España.

El Escalón del Cuerpo de Ejército es el siguiente escalón, que almacenaba laboratorios, depósitos, talleres, grupos de desinfección y asepsia, así como un equipo de policía sanitaria *(Figura 7).* Este escalón contaba con un hospital de campaña con un equipo de intervención quirúrgico y realizaba funciones de triage. Aún más atrás, a 100-150km del frente se encuentran los órganos de evacuación y

abastecimiento, así como hospitales permanentes, hospitales militares y temporales (Figura 3 y 4), estos últimos fueron usado casi exclusivamente para enfermedades infecciosas. El último escalón, el de retaguardia, admitía a evacuados que requerían largos períodos de recuperación, así como en el caso de colapso de hospitales de primera línea. En mitad de la contienda el Ejército Republicano entendió que debía reducir o eliminar aquellos Puestos de Socorro que no prestaban ninguna función, sobretodo a partir de las batallas de Guadalajara y Navacerrada (marzo-junio 1937). Así, se pretendía simplificar el esquema a: Puestos de Socorro de Compañía y Batallón, después derivación al Puesto de Clasificación/Triage y de ahí traslado a los hospitales de campaña: de sangre y/o quirúrgicos, y después a los hospitales permanentes. (Joan Ramon Soler, 1985, p. 384; Sebastian Browne, 2017, p. 285). Por otra parte, en el bando rebelde se militarizo a médicos civiles y se realizaba una selección muy cuidadosa, teniendo en cuenta los "antecedentes profesionales, morales y políticos" de los aspirantes (Bescos Torres, 1987, p. 432) En él se dio una epidemia de enfermedades de transmisión sexual y se tomaron pocas medidas para paliarse, dándose abundantes casos de prostitución y prácticas poco éticas para las ideas conservadoras, esto hizo que se ocultasen las estadísticas (Serrallonga i Urquidi, 2015, p. 62)

Figura 6: Hospital de campaña: enfermeras atendiendo a un herido. Madrid, 1936-1939.

Fuente: Imagen procedente de los fondos de la Biblioteca Nacional de España.

Para concluir, la organización de ambos bandos fue confusa y rodeada de todo el caos del contexto. Según lo revisado, la respuesta republicana fue más caótica al principio y más

organizada al final, contando con múltiple ayuda extranjera en su mayoría no cualificada; mientras que la rebelde fue ayudada desde el exterior con profesionales cualificados de los países del Eje y menor número de voluntarios. La organización sanitaria puesta en práctica será utilizada un año después en la Segunda Guerra Mundial con mucho éxito y recogida en los libros de historia de la medicina, con especial énfasis en la respuesta móvil, rápida y especializada de los auto-chirs, los beneficios descubiertos en torno a realizar las intervenciones quirúrgicas de forma temprana y la aplicación exhaustiva del triaje.

Figura 7: Ambulancia de Socorro Rojo Internacional, Bando Republicano, 1938, ubicación desconocida. Fuente: Imagen procedente de los fondos de la Biblioteca Nacional de España.

4.7 Justificación

Durante la revisión de la literatura he podido corroborar que no hay más de 19 artículos, en español, y 43, en inglés, que aborden la situación de la enfermería durante la Guerra Civil Española. No se ha podido encontrar evidencia suficiente de los objetivos planteados. Existen muchos trabajos que analizan el importantísimo papel de la sanidad militar en los conflictos bélicos, así como resaltar a estos contextos como catalizadores de nueva evidencia y descrubimientos sobre temas que en un contexto civil no han encontrado resolución, por la razón que sea. Sin embargo, estos trabajos se han centrado en conflictos como la Segunda Guerra Mundial, la Guerra de

Vietnam, Corea o las más recientes del Golfo. Al analizar la evidencia se puede observar que muy pocas investigaciones se han centrado en la enfermería española en el contexto concreto de la Guerra Civil, centrándose en los años antes o las décadas posteriores.

Por ello, se pretende desarrollar una investigación que pueda ofrecer evidencia acerca de la influencia de los descubrimientos aportados por la enfermería española en los sistemas sanitarios de otros países en los años posteriores a la Guerra Civil. El objetivo principal de este trabajo será recopilar la información relevante acerca del tema, alguna bastante reciente, y exponer unos resultados de forma estructurada. Debido a que en los últimos años sí ha aumentado el interés en este tema, se han publicado trabajos que recopilan evidencia primaria y documental, tales como cartas, documentos, libros, fotografías y testimonios gráficos de personas en la GCE. Esto ha posibilitado que no se olvide y el acceso a esta temática no se restrinja al ámbito académico.

De Igual manera, se pretende dar voz a una rama de la enfermería muy importante y muy desconocida, la militar. Hay mucho desconocimiento tanto a nivel histórico como contemporáneo. Así, es preciso investigar acerca del tema, dado que hay muy poca bibliografía relacionada con la enfermería castrense, así como TFGs y trabajos académicos en general.

De acuerdo a estas razones se procederá a realizar un protocolo de revisión sistemática, con un ulterior desarrollo de los resultados encontrados.

5 Objetivos e hipótesis

El objetivo del presente trabajo es analizar la importancia de la labor enfermera en los conflictos bélicos, así como comprender la repercusión que estos conflictos han tenido en la profesionalización de la enfermería.

Como objetivo principal: Analizar el papel de las enfermeras durante el conflicto de la Guerra Civil y la relación del conflict con la profesionalización de la enfermería en España.

Como objetivos secundarios:

1. Conocer el carácter catalizador que posee la sanidad militar en la incorporación de nuevos avances sanitarios a la enfermería civil.

2. Averiguar si la enfermería castrense avanzó en el periodo estudiado más o menos rápido que su homólogo civil.

6 Pregunta de revisión

¿Son los conflictos bélicos y las guerras un componente del avance científico-sanitario?

¿Qué papel tuvo la enfermería durante la Guerra Civil Española y cuál fue su influencia sobre la asistencia sanitaria en la II Guerra Mundial?

7 Criterios metodológicos

a. Criterios de inclusión:

Tipo de estudio	Estudios históricos documentales, biográficos, documentos oficiales y revisiones bibliográficas.	
Tipo de indicadores	Estudios que incluyan variables relativas a la profesionalización de la enfermería en los contextos bélicos	
Perfil	Profesional enfermero y sus variantes históricas: ATS.	
Criterio geográfico	España.	
Criterio temporal	Documentos oficiales	Entre 1915 hasta 1939.
	Trabajos autobiográficos	1939 y 1980
	Revisiones bibliográficas	Publicados entre 2010 y 2023
	Estudios históricos y biográficos	Publicados entre 2000 y 2023
Criterio lingüístico	Estudios publicados en inglés, portugués y español.	

Figura 8: Criterios de inclusión

- Los documentos oficiales consultados se comprimen a los años estudiados en este trabajo: los años previos a la guerra (1915-1935) y los de su desarrollo (1936-1939). Los documentos oficiales como Reales Decretos u Órdenes Ministeriales ofrecen información

directa y normativa que son imprescindibles para valorar la evolución de la enfermería española.

- Los trabajos autobiográficos de las enfermeras que participaron en la guerra fueron publicados entre el final de la guerra y la década de 1980, por ello es imprescindible abrir el abanico temporal ya que son fuentes primarias subjetivas de un valor incalculable. Los trabajos biográficos son estudios históricos realizados por terceras personas basados en testimonios autobiográficos y narrativas documentales de éstas.
- Las revisiones históricas analizan los cuatro tipos de estudios previamente reseñados y ofrecen una serie de conclusiones. Estos estudios han ido en auge estos últimos años (**ANEXO 1**), es por ello que se comprime a los últimos 12 años.

b. Criterios de exclusión:

Tipo de estudio	Estudios históricos documentales, biográficos, documentos oficiales y revisiones bibliográficas.
Tipo de indicadores	Estudios que incluyan variables relativas a la profesionalización de la enfermería en los contextos bélicos
Perfil	Profesional enfermero y sus variantes históricas: ATS.
Criterio geográfico	España, en el período 1936-1939.
Criterio temporal	Publicados entre 2010 y 2023
Criterio lingüístico	Estudios publicados en inglés, portugués y español

Figura 9: Criterios de exclusión

8 Metodología

8.1 Estrategia de búsqueda:

Entre el 25/09/2022 y el 20/12/2022 se realizaron búsquedas en las bases de datos electrónicas Dialnet, Scielo, PubMed, Cuiden, Scopus y Cinhal. Dado que los resultados eran escasos con la primera aproximación, se decidió realizar búsquedas más abiertas en Google Académico, obteniendo resultados más amplios y diversos.

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Resultados
Google Académico **(acotado entre 2010 y 2022 y artículos de revisión)**	Google Académico Spanish civil war **AND** nursing	3380 resultados
	Spanish civil war **AND** (nursing **OR** nurse/s)	2210 resultados
PubMed **(acotado entre 2010 y 2022)**	Búsqueda en PUBMED: Nursing care **AND** (military nursing **OR** (healthcare and war)) Acotado 2000-2022	4646 resultados
	Nursing care **AND** (military nurses **OR** (healthcare and war))	1448 resultados
Dialnet	Búsqueda en Dialnet: Cuidados de enfermería **AND** enfermería militar	46 resultados (44 artículos)

Figura 10: Estrategias de búsqueda

Después se realizaron búsquedas más concretas en la base de datos Dialnet.

Ecuación de búsqueda	Resultados

Guerra Civil Española AND enferm*	47 (43 artículos)
Spanish civil war AND nurs (nurse OR nursing)	8
Spanish civil war AND nursing	33 (32 artículos)

Después se realizaron búsquedas en Scielo y Scopus

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Resultados
Scielo	Spanish civil war **AND** (nursing **OR** nurse/s)	6
	Guerra civil española **AND** (enfermería **OR** enfermeras)	12
SCOPUS **(Período 2010-2022, artículos, capítulos de libros y libros íntegros)**	Spanish civil war **AND** (nursing **OR** nurse/s)	19
CINHAL	Spanish civil war **AND** (nursing **OR** nurse/s)	15

En portugués se realizaron búsquedas con “enfermagem AND guerra civil espanhola” y se encontraron 2 artículos en español con traducción al portugués, es decir, duplicados.

8.2 Selección de estudios:

Los estudios utilizados para realizar la valoración crítica se categorizarán según unos parámetros preestablecidos: idioma, año de publicación, palabras clave, resumen y operadores booleanos. Así, se tendrán en cuenta las variables que reducirán el número de estudios seleccionados como son: duplicación de búsquedas y de estudios, idioma no requerido o que sea un artículo que no esté en acceso abierto. Dado que el resultado de las búsquedas ha sido bastante reducido, se ha priorizado, si cabe aún más, la calidad de las pocas publicaciones existentes.

A partir de esta base se realizaron búsquedas abiertas en: Pubmed, Scielo, Dialnet, Scopus, Cinhal y Cuiden. Así, desde la primera búsqueda realizada en la que se obtuvo 3380 resultados en una base de datos que aglutina a todas las demás (Google Académico) se llegó hasta los 19 resultados acotando bastante los parámetros de búsqueda en otra base de datos más apropiada al tema (SCOPUS) o los 47 resultados si lo hacemos en función de la geografía y la lengua (Dialnet). Al final, se realizó la selección activa entre 20 artículos, obteniendo 9 artículos finales, después de leerlos de forma íntegra y enfrentándolo a herramientas de lectura crítica como CAPSe.

La metodología de la revisión ha consistido en una primera búsqueda general, seguida de una fijación de condiciones en cuanto a idioma, año y tipo de documento, fijando los descriptores DeCS/MeSH; más tarde se ha realizado la búsqueda con este cribado. Las bases de datos utilizadas son Scopus, PubMed, Scielo y Dialnet. Juntando los resultados de todas las bases de datos se encontraron 78 artículos de los cuales se desecharon 16 por duplicados. Se seleccionaron dos artículos en portugués y uno en francés, los cuales cumplían los criterios fijados. Después de leer el abstract y el título se rechazaron 28 artículos. Del restante 34 se rechazaron 3 por idioma, otros 9 por su metodología y 11 por el carácter de la publicación (se han elegido artículos de revisión y tesis, pero no libros o artículos de descripción). Finalmente se obtuvieron 11 artículos seleccionados. Tras leer al completo estos artículos, se eliminaron tres de ellos y la revisión final constará con 8 artículos. El flujograma se presenta en el ***ANEXO 2*****.**

Se han consultado archivos en la Biblioteca Nacional de Madrid, debido a la dificultad de encontrar algunos documentos antiguos de forma telemática o incluso presencial. Otras fuentes documentales provienen de las publicaciones de organismos oficiales de la época, como son la Gaceta de Madrid, la Gaceta de la República y el Comité Internacional de la Cruz Roja. El Centro Documental de la Cruz Roja también ha sido de gran utilidad. El Instituto Nacional de Estadística

(INE) también ha sido utilizado para el marco teórico. Para los manuales de enseñanza enfermera entre 1925 y 1936 se ha consultado la Biblioteca de Ciempozuelos y su amplio repositorio de ellos. También se han revisado otros libros en bibliotecas antiguas y en colección personal: "El Manual del Practicante", del Doctor Felipe Saenz de Cenzano, su Tomo III, la 4ª edición de 1922 (revisada y actualizada a 1942) de Zaragoza y su "Manual del Auxiliar en Medicina y Cirugía", su Tomo II, publicado en 1934 en su 2ª edición de Zaragoza.

Los mayores problemas se han dado con los artículos oficiales de cada bando, pues no todas las disposiciones están recogidas y digitalizadas. Por ejemplo, he utilizado el Centro Documental de la Memoria Histórica así como el Archivo Histórico Nacional. En el apartado de webgrafía se exponen las fuentes utilizadas.

8.3 Evaluación crítica:

Para la evaluación de la evidencia que se recoge se han confeccionado una serie de cuadros de cada artículo revisado. En ellos se ponen una serie de puntos para ver si se han cumplido los criterios de inclusión y exclusión. Así, se obtendrá una clasificación de los estudios como incluido, excluido o dudoso. De esta manera, se incluye una pequeña tabla con criterios de exclusión de ciertos estudios, a modo de ejemplo (***ANEXO 10***) En ella se muestra el nombre del autor, de la revista o editorial, el tipo de estudio o metodología y los hallazgos a los que se llega.

8.4 Extracción de datos:

Para realizar la colección de la información de forma correcta se han utilizado dos herramientas. Primero, se ha hecho uso de la Hoja CAPSe de extracción de datos (***ANEXO 9***). Se elaborará una serie de ítems que deberemos responder.

Además, se ha utilizado otra herramienta para la extracción de datos de las revisiones, la aportada por Walker y Avant (2019, p. 210). En ella se anotan una serie de datos, que son: Autores y fecha, quién lo desarrolló y porqué. Después se anotan los resultados principales. Se enuncian las siguientes preguntas:

- ¿Hay una estructura lógica de conceptos y enunciados? ¿Se dan falacias lógicas?
- Generalizabilidad: ¿Cualidad de generalización y simplicidad en la explicación?
- Testabilidad: ¿Se puede sustentar la teoría con datos empíricos? ¿Es la teoría práctica y útil?

La testabilidad y generalizabilidad son las únicas preguntas que no pueden ser contestadas puesto que es una revisión histórica.

8.5 Síntesis de resultados:

La síntesis de resultados será realizada a partir de los objetivos determinados previamente:

- Obtendremos información novedosa y relevante sobre el tema investigado.
- No se repetirá información repetitiva y caduca respecto al tema a investigar.
- Se obtendrán datos y testimonios que ponderan la experiencia de las enfermeras españolas durante la Guerra Civil Española.
- Se tratará de indicar de forma objetiva los avances conseguidos por la enfermería durante este período y en ambos bandos de la contienda.
- Se comprenderá la importancia de los conflictos bélicos en el progreso de la ciencia enfermera y de las innovaciones médicas.

9 Limitaciones

En cuanto a limitaciones atribuibles a la metodología, cabe reseñar:

I. El tamaño de la muestra y lo concreto que es el tema a investigar ha sido un inconveniente a la hora de revisar la literatura.

II. La mayor limitación ha sido el tiempo, pues es un tema que requiere de bastante tiempo tanto de investigación como de maquetación, a tiempo parcial durante todo el año y no se ha podido cumplir este requisito.

III. Pese a ser la Guerra Civil Española un acontecimiento múltiplemente revisado en publicaciones de lengua inglesa y tener más posibilidades de acceder a contenido abierto y gratuito, he tenido muchos problemas a la hora de encontrar publicaciones de acceso abierto. Aunque las vicisitudes sanitarias de la guerra sí tienen peso en la evidencia en los últimos años, sobre todo desde 1980, la concentración en la figura de la enfermería es escasa.

IV. De igual manera ha sido un problema el acceso a determinadas organizaciones y asociaciones que ostentan documentos de interés, pues el tiempo era limitado y en ocasiones no me han dado permiso para revisar sus documentos o sus fotografías.

En cuanto a limitaciones atribuibles al investigador:

- El investigador también ha sido consciente de los sesgos que inconscientemente ha podido tener de cara a la redacción de ciertas partes del trabajo, como los antecedentes históricos a la Guerra. Aún así, se ha tratado de ofrecer la evidencia disponible que apoya versiones de cada extremo de nuestra historia. De igual manera ha podido darse un sesgo de exageración, ya que el investigador tiene cierto bagaje personal y emocional de cara al tema tratado, a la enfermería militar y su implicación en la Guerra Civil.

10 Cronograma

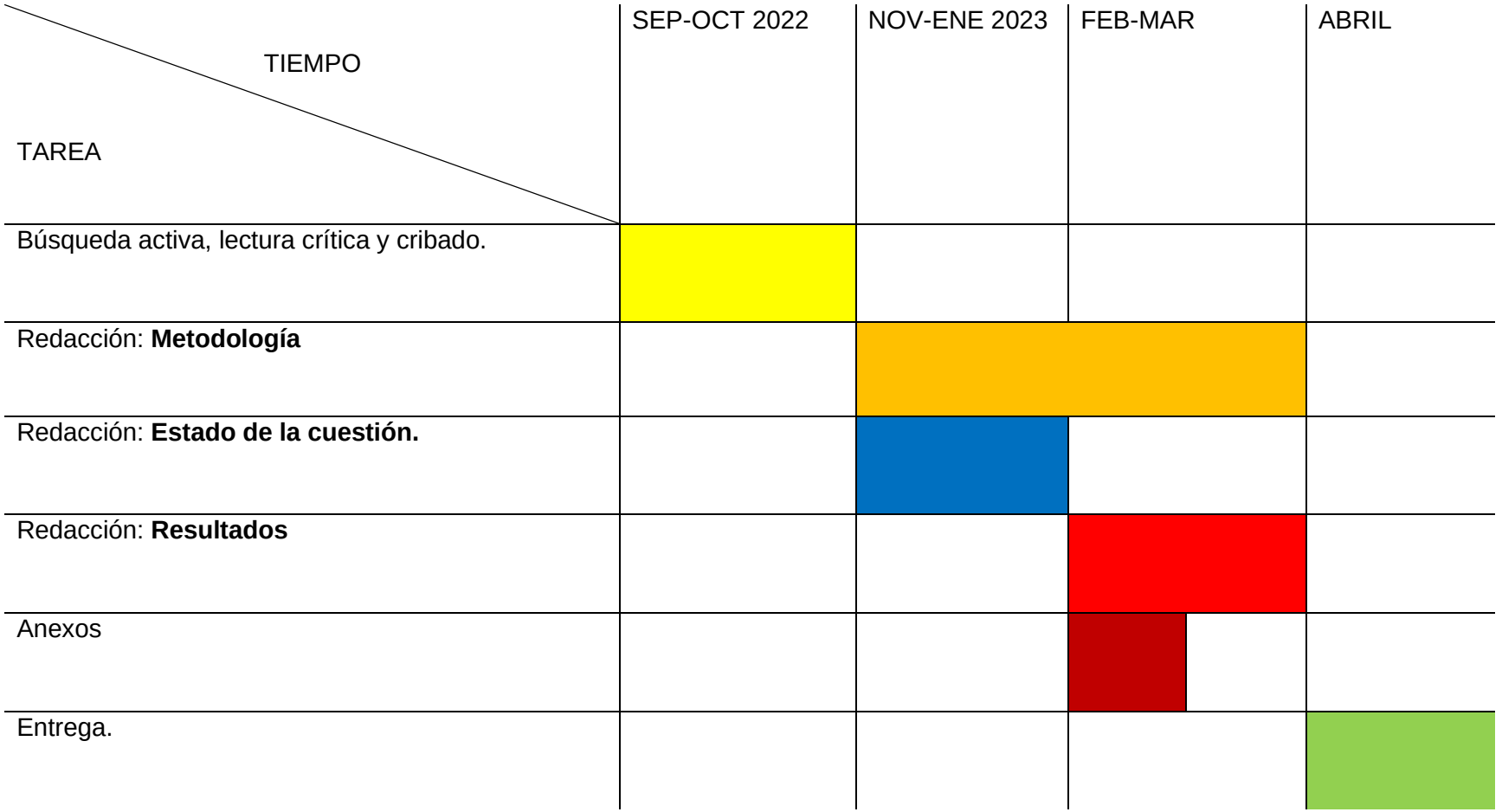


Figura 11: Cronograma del trabajo

11 Resultados

Se va a realizar un recorrido por el contexto de las enfermeras militares en la Guerra Civil, pasando por exponer su formación, funciones y remuneración. Se analizará el comportamiento de la enfermería en ambos bandos de la guerra, así como la integración de las enfermeras internacionales y voluntarios extranjeros en ella. Por último se analizará las consecuencias que tuvo la GCE en el campo de las ciencias médicas y enfermeras, las distintas innovaciones que surgieron y los descubrimientos que serían utilizados años después.

La situación previa

Según los datos recabados por Moruno y Rodríguez (2009), basándose en la Conferencia de Bruselas de 1930, la propia Cruz Roja comentaba que era insuficiente el número de enfermeras de las que disponían. En aquel momento había 130 mujeres formadas en la Cruz Roja, cuando un año antes eran 526 (Cruz Roja Española, 1930, p. 3). Las enfermeras realizaban un curso de tres años, que al principio había sido de dos, para adaptarse a los currículos de los demás países europeos. Estas eran las únicas enfermeras militares profesionales, pues las demás escuelas laicas no tenían una formación enfocada hacia este cometido. Las enfermeras de la Cruz Roja habían participado 9 años antes en las campañas de la Guerra del Rif, por lo que tenían experiencia como enfermeras de guerra (Martínez, 2016; Mas et al., 2017).

En la literatura se contraponen dos visiones. Por un lado, la de que la enfermería española estaba atrasada al inicio de la guerra, no teniendo unos conocimientos mínimos (Jackson, 2014; Orwell, 2003; Palfreeman, 2012; Fyrth, 1986); por otro lado la respuesta a esta versión dada principalmente por Sioban Nelson, et al. (2020).

Las fuentes consultadas no disponen de datos exactos que aclaren qué porcentaje de las enfermeras formadas fueron a parar a cada bando del conflicto. Lo que sí se sabe es que la mayoría de enfermeras disponibles habían sido formadas bajo la tutela eclesiástica, y esto fue muy importante a la hora de entender en qué bando se enrolaron, fruto de la coyuntura política del país y el carácter fuertemente anticlerical del bando republicano. Así, las fuentes consultadas apoyan la tesis de que, mientras las enfermeras “católicas” constituyeron un fuerte en el bando rebelde; las enfermeras internacionales lo fueron en el republicano, por las mismas razones políticas y la coyuntura internacional (Jackson, 2002, p. 90; Nelson, Galbany-Estragués, & Gallego-Caminero, 2019, p. 68).

Cabe resaltar que en la formación impartida a las enfermeras franquistas adquiere gran fuerza la vocación unida a la caridad cristiana que sería el modelo de perfección al que deberían

acercarse, sin esperar más reconocimiento profesional que el de Dios (Almansa Martínez, 2005, p. 4; Anton-Solanas, Isabel, 2010, p. 280; López Vallecillo, 2016, p. 425; Moruno & Rodrguez, 2009, p. 314). De aquí las dificultades que encontraron las enfermeras del bando sublevado cuando descubrieron que a las voluntarias italianas se les pagaba 600 pesetas al mes, mientras ellas trabajaban gratis. Mercedes Milá Nollá, como inspectora general de Hospitales Femeninos, del bando franquista, consiguió que las enfermeras recibieran un salario mensual de 25 pesetas, pero probando antes que "sin ese ingreso no podían vivir". Relacionado con esto, Antón Solanas encuentra que los salarios de las enfermeras en el bando republicano eran más altos (2010, p. 45). La causa de los bajos salarios de la mujer enfermera en el ejército franquista parece estar ligada a la concepción que tenían de la mujer, y la consecuente visión que tenían de la enfermería. La mujer debía recibir menos salario que el hombre y además no realizaba un trabajo, sino que la enfermería era un acto caritativo y vocacional que no debía ser remunerado (Siles González, José, 2008, p. 221).

Figura 12: Hospital Militar Permanente de Madrid. 1936-39.

Fuente: Imagen procedente de los fondos de la Biblioteca Nacional de España

La formación de las enfermeras

España tenía al inicio de la guerra un gran déficit de enfermeras cualificadas y ambos bandos debieron lanzarse a realizar cursos rápidos para equipar a las aspirantes con las destrezas y habilidades teórico-prácticas necesarias para afrontar la asistencia clínica en contexto bélico (Anton-Solanas, Isabel, 2010, p. 50; López, Mirón-González, Castro, & Jiménez, 2021, p. 3).

Otros autores exponen la evolución y las características de los programas formativos y cursos destinados a enfermeros españoles y voluntarios. Parten de la idea de que todas las emergencias

de salud pública han marcado el desarrollo de la profesión de enfermería, cargando en ella valores sociales, políticos y económicos de cada contexto histórico e influyendo y modificando su imagen a lo largo del tiempo. El entrenamiento de enfermeras en el contexto bélico es un desafío puesto que es diametralmente opuesto al realizado en la enfermería civil, donde la preparación específica acerca de dilemas éticos y asistenciales no es tan vital. (López et al., 2021). Así, desde el Fondo Bibliográfico de la Cruz Roja se pueden encontrar numerosos cursos para enfermeras publicados entre 1936 y 1939, enfocados a los cuidados en tiempos de guerra y en situaciones de urgencia (Seral y Casas & Campdera Sala, 1938).

Los tipos de cursos de formación eran variados de acuerdo al bando. En la zona Republicana, la Cruz Roja organizó cursos en Barcelona, Madrid y Murcia. En el bando franquista los cursos organizados por la Cruz Roja otorgaban el diploma de "Enfermera Militar Auxiliar Sanitaria". La duración de los cursos fue avanzando con el paso del tiempo. Los organizados en Valencia bajo tutela republicana consistían de un mes, pero fueron ampliados a tres, dividiéndose en clases prácticas durante las mañanas y teóricas durante las tardes. Las autoridades sublevadas los organizaron partiendo en dos meses de formación, pero en muchas ocasiones se limitaron a 30 días para evitar desmotivar a las voluntarias, con lecciones de 45 minutos. La responsabilidad y la disciplina se consideraban actitudes básicas y se debía pasar un psicotécnico previo a la licencia para ejercer de enfermera de guerra. Los requisitos para acceder a estos cursos eran igualmente de diversos, con requisitos como tener un certificado de buena conducta social y moral de las aspirantes en el bando franquista y las recomendaciones de los sindicatos sanitarios sobre aspirantes, en el republicano. En ambos bandos se formaban 40 enfermeras cada vez y las edades requeridas no eran mayores a los 35 años en la sanidad republicana y 40 en la sublevada (López et al., 2021). Los programas y cursos para formar enfermeras profesionales comenzaron en el verano de 1936 y se acentuaron a partir de 1937, sobre todo desde que la dirigente anarquista Federica Montseny comenzó a dirigir un Ministerio y se propuso como objetivo la formación de las mujeres. Estos cursos duraban algo más de 1 mes y permitían formar a mujeres obreras en el arte del cuidar. Además, Moruno y Rodríguez afirman que pese a lo que la historiografía suele presentar, la formación de enfermeras cualificadas no se detuvo con la guerra, sino que se impulsó. Las organizaciones responsables de la mayoría de los cursos de formación a mujeres eran la Confederación Nacional del Trabajo (CNT), la Asociación de Mujeres Antifascistas (AMA), la organización anarquista Mujeres Libres o el secretariado femenino del POUM, tanto en formación enfermera como en militar como en trabajos de todo tipo, en el frente y en la retaguardia. En el bando franquista era la Sección Femenina de la Falange Española la responsable de estos cursos. (Aguado et al., 2019, p. 82; Anton-Solanas, I., Wakefield, & Hallett,

2019, p. 7; de Dios-Aguado, Mercedes, Gómez-Cantarino, Domínguez-Isabel, Rodrigues Fernandes Chaves, & Pina Queirós, 2020, p. 5; Hernández Conesa & López, 2013; López Vallecillo, 2016, p. 421-425; López et al., 2021, p. 5; Nelson et al., 2019, p. 80).

Enfermeras de guerra: formación y funciones

Los motivos del enrolamiento en la Guerra fueron diversos: asuntos personales, ganas de aventura o presiones de familiares. La mayoría de testimonios narra que acudieron por motivos ideológicos y humanistas (Nelson et al., 2019, p. 65; Jackson, 2003; Antón-Solanas, Wakefield y Hallett, 2018). La enfermera americana Lini de Vries explicaba que acudía a España a hacer su pequeño papel en la construcción de un mundo decente, en la lucha del fascismo, para salvar vidas y ayudar a un pueblo "que el mundo había dejado sólo" (2009, p. 92).

Parece ser que en ambos bandos la figura de la enfermera era imprescindible en el equipo, igual que la del médico y el camillero, mientras que la de practicante no lo era. Por ejemplo, en el Hospital de Campaña de Santander 4, en marzo de 1937, había nueve enfermeras cualificadas, veintiuna auxiliares de enfermería y ningún practicante. Esta disparidad entre hospitales es explicada en muchos trabajos por varias razones (Anton-Solanas, Isabel, 2010, p. 231-234).

1) Las enfermeras eran formadas para ser capaces de actuar en un ámbito muy amplio de práctica clínica y eso hizo que solapase en muchos lugares al practicante
2) Los practicantes eran en su mayoría hombres y habían sido reclutados al frente, por lo que había menos disponibles; mientras las mujeres eran empujadas a formarse en trabajos asociados históricamente (i.e: enfermera, limpiadora…)
3) La enfermera era más barata de contratar, unido a la gran evolución que había tenido la enfermería en años previos y la poca evolución del practicante.

Otra serie de autores han investigado las labores enfermeras en el curso de la guerra. La enfermera Guadalupe Cussó narra los diversos método de cura de heridas traumáticas, "el método español" que luego sería importantísimo en la SGM. En este caso era una alternativa a este: se hervía una esponja de goma, se depositaba encima de la herida y se tapaba, siendo retirado al día siguiente. De esta forma se eliminaba todo el tejido sucio y necrótico. Si la herida era extremadamente sucia o contaminada recortaban el tejido muerto y dejaban la herida al sol para que las moscas vironeras pusiesen huevos y las larvas se comiesen el tejido necrótico y las fermentaciones que hubiese (Valls Molins, Ramió Jofre, Torres, & Domínguez-Alcón, 2015, p. 143).

Carme Barrull relata un método que utilizaban con el razonamiento que funcionaba similar a una vacuna: extraían sangre de una vena y siendo preparada junto a unos excipientes la volvía a inyectar al paciente por vía intramuscular, esperando un aumento de células inmunitarias. Ella fue también una de las primeras enfermeras en administrar sulfamidas. Al principio, la anestesia se realizaba con un colador de cocina y una gasa impregnada en cloroformo. (Valls Molins et al., 2015, p. 83). Hay testimonios de enfermeras caracterizadas por su gran vocación de servicio, como el de Mary Bingham, que siendo su enfermera donó 850ml de sangre a un herido para salvarle la vida; así como la gran preparación que tenía cuando un cirujano se desmayó en quirófano y tuvo que suturar de principio a fin (Escribano Ruiz, 2022, p. 4).

La escasez de recursos obligaba a inventar soluciones de cara a mantener los principios asépticos. Si no había equipo para esterilizar el instrumental quirúrgico se desinfectaban con cerillas y coñac, para la anestesia se utilizaban coladores de cocina y para la limpieza de heridas se mezclaba agua, jabón y licores de alta graduación (Valls Molins et al., 2015). Aún más increíble es una intervención quirúrgica en Madrid que narra en su diario Mary Bingham. La cama operatoria era el propio suelo de una cocina y el separador de tejido era un tenedor modificado y desinfectado con una vela, que a su vez era la única luz disponible, utilizando alcohol como la

Figura 13: Médicos y enfermeras de la Cruz Roja atendiendo a un paciente en una calle de Madrid. 1937.

Fuente: Imagen procedente de los fondos de la Biblioteca Nacional de España.

única anestesia posible. Las vendas y gasas se reutilizaban de paciente en paciente, se volvían a enrollar después de un lavado. La organización del trabajo no era estable y dependía de los movimientos de tropas y frentes, ya que la GCE se convirtió en la primera guerra moderna sin trincheras estáticas y movimientos constantes, la organización sanitaria debía acompasar este movimiento y sus necesidades (Ramió Jofre, Torres, & Valls Molins, 2015). Los cuidados no sólo eran físicos, lo eran también psicológicos y emocionales, en relación a soldados que sufrían psicosis de guerra y el dolor de ella o de estar lejos de seres queridos. Según Anna Pibernat, los cuidados a los heridos enemigos eran humanos, aunque fuesen enemigos. (Escribano Ruiz, 2022).

Las enfermeras no tuvieron un alojamiento estable ni salubre, durmieron en suelos de baños, salones y patios, en trenes, ambulancias, túneles y hasta cuevas en mitad de una montaña. La comida tampoco estaba asegurada y los alojamientos con ventanas, agua corriente o luz eran una rareza. Es junto a estos dos aspectos, alojamiento y alimentación, que las enfermeras empiezan a fundar una nueva función enfermera, la de gestión de los recursos y de las decisiones de acción. Las funciones consistían en asistir a los soldados de manera integral: dar comidas, levantarlos, asearlos, realizar curas, instrumentar en operaciones, realizar técnicas invasivas, pasar consulta y realizar su correspondencia a familiares, entre otras. Estas funciones dependían de la formación de cada enfermera, aunque en muchas ocasiones los límites se difuminaban. Las voluntarias con nula formación sanitaria realizaban funciones básicas como el aseo, hacer camas, reponer vendas y asistir al médico. (Escribano Ruiz, 2022, p. 2-4). Las enfermeras instrumentistas y las que realizaban procedimientos quirúrgicos eran las cualificadas y las de mayor formación. El trabajo no solía ser segregado por sexos, aunque hay algún testimonio de ello, no era la práctica habitual en el bando republicano, pero sí en el franquista (López Vallecillo, 2016, p. 428). En el bando sublevado era común que las enfermeras no realizasen turnos de noche, no levantasen a los pacientes hombres, no pudiesen rasurar a hombres o tuviesen entrada prohibida en unidades de enfermedades venéreas, como ocurría en el Hospital Alfonso Carlos de Pamplona, organizado por la Junta Carlista.

Los autores Moruno y Rodríguez sostienen la tesis de que la actuación del personal de enfermería en cada bando estuvo asociada a virtudes que eran polos opuestos, desde la caridad cristiana y el sacrificio de las mujeres de la Cruz Roja hasta los elementos revolucionarios y emancipadores de los nuevos sindicatos. La vocación de enfermería, concepto que históricamente había sido utilizado como analogía de la vocación religiosa, estuvo sujeta a las diversas

interpretaciones sociales que existieron durante el conflicto. La enfermería no solo tuvo implicaciones profesionales sino también políticas, y se convirtió en una forma de que las mujeres demostraran su patriotismo. Las enfermeras de ambos bandos marcharon en público y recibieron condecoraciones al mérito junto a los soldados. Mientras para las mujeres de la Cruz Roja su actuación estaba ligada a la moral asociada a los roles tradicionales de la mujer para con los enfermos y su sufrimiento; para las Mujeres Libres la enfermedad tenía también un componente social y su compromiso era construir una enfermería humanista y política, no caritativa, reclamando la elevación de la mujer al mismo plano que al hombre, viendo remunerado su trabajo como componente del equipo sanitario (López Vallecillo, 2016; Moruno & Rodríguez, 2009).

Las enfermeras internacionales

La ayuda médica a la democracia española comenzó con la fundación del Comité de Ayuda Médica a España (SMAC) en agosto de 1936, después se fundaron brigadas de ayuda médica desde los Estados Unidos, Nueva Zelanda, Australia, Irlanda y toda Europa, siendo todas concentradas en el SMAC (Convery, 2010, p. 38; Patai, 1995, p. 79; Poulton et al., 1936, p. 368). Los voluntarios estadounidenses crearon una organización, el Buró de Ayuda Médica a la democracia española (AMB), para brindar socorro sanitario y humanitario a nuestro país. Desde enero de 1937 comenzaron a llegar a España un total de 116 personas, un 60% eran mujeres y de ese porcentaje un 65% eran enfermeras (Birn & M. Brown, 2013; De Vries, 2009, p. 96; Fyrth, 1986, p. 168; Palfreeman, 2012; Shapiro, 1983, p. 447; Vogel, 2008, p. 2147). Estos voluntarios se unieron a otros ya establecidos en territorio español, que formaban parte del “Servicio Sanitario Internacional”, que operaba con 600 conductores de ambulancias, 550 enfermeras y 220 médicos. La Cruz Roja Internacional fundó una zona neutral para asistencia de civiles en Madrid, territorio republicano (The red cross in spain.1937, p. 135). Hay documentación extensiva referida al trabajo de la Brigada Británica en España, por ejemplo, denunciando los bombardeos franquistas sobre hospitales civiles en Almería en 1937 y reclamando ayuda médica urgente (Román Ruiz, 2022, p. 163; Young, 1937, p. 1285). Según las estimaciones de Oskar Telge en España había más de 600 enfermeras con el bando republicano en 1937 (Nelson et al., 2019, p. 65). El choque cultural entre las enfermeras británicas y las mujeres españolas es descrito en la literatura, se veía mal que una mujer fuese sóla a tomar el sol a la playa o a bailar a la plaza del pueblo con quien quisiese (Bescos Torres, 1987, p. 119; Jackson, Angela, 2012, p. 55).

Innovaciones para la Segunda Guerra Mundial

Otra serie de trabajos describen un avance importantísimo de los sanitarios españoles durante la guerra, que sería fundamental en la Segunda Guerra Mundial (Palfreeman, 2012, p. 225): el llamado "método español de cura de heridas de guerra" (Picardo Castellón, 1986; Morral Torres, 1986). Esta importante innovación es obviada en la mayoría de estudios, al igual que la innovación de los autochirs. La referencia es encontrada en estudios extranjeros, que referencian al Doctor Trueta y al Doctor Bastos (Jackson, 2015, p. 254; Palfreeman, 2012, p. 221). Médicos de la talla de Alexander Tudor, Gerald Shirlaw, Archie Cochrane o el aclamado Douglas Jolly, trabajaron codo con codo con los médicos y enfermeros españoles, tomando de ellos el método español, y reescribiéndolo en el manual "Field Surgery in total war", que sería de obligada lectura para los servicios médicos militares en la Segunda Guerra Mundial. De hecho, otra innovación de los Servicios Médicos Republicanos, en colaboración con Socorro Rojo Internacional (SRI) y el SMAC, fue la de el perfeccionamiento del concepto de triage y su práctica a niveles aumentados (Palfreeman, 2012, p. 197).

Figura 14: Remolque usado por el "Servicio Oficial de Transfusión de sangre conservada". Bando republicano. 1936-39.

Fuente: Imagen procedente de los fondos de la Biblioteca Nacional de España.

El método español de cura de heridas también es llamado método de Orr-Bastos-Trueta. Consistía en combinar la técnica de Friedrich con la cura oclusiva avanzada. La técnica de Friedrich consistía en una limpieza exhaustiva de la herida, junto a una extirpación en bloque del tejido dañado, antes de 6-8 horas. Después se inmovilizaba la fractura abierta, según Ollier, o se realizaba una cura oclusiva si la infección ya estaba presenta, con una gasa vaselinada, yodo, y cerrando con yeso. Trueta añadirá otra versión, con una gasa de malla estéril tupida junto a yodo en la zona perilesional, junto a un correcto drenaje y un cierre con yeso. La técnica de Trueta se utilizaba para prevenir la infección. Bastos une en 1936 la técnica de Friedrich y la de Orr, de forma bastante exitosa (De

La Concepción, Cervelló, & Albert, 1980; Echenique, Piccolo, Vargas, Navarro, & Romero-Guarecuco, 2009; Sebastian Browne, 2017, p. 82).

En la Segunda Guerra Mundial ya se conocía el valor de las transfusiones de sangre, pero no fue hasta la Guerra Civil Española que se dio con la forma correcta de su realización, almacenamiento y uso. Este descubrimiento se realizó en un contexto en el que se necesitaba un ejército entero de donantes de sangre y una tecnología apta para su conservación, transporte y utilización, de cara a abastecer las necesidades médicas civiles y militares. La solución la encontró el médico catalán Jordi Duran Jordà junto a su equipo, fundando el Servicio Republicano de Transfusión de Sangre, realizado según algunas fuentes junto al médico canadiense Norman Bethune (Birn & M. Brown, 2013, p. 306). Sus aportaciones serían claves para la puesta en marcha de bancos de sangre civiles en Reino Unido los años siguientes por la Doctora Janet Vaughan (Ferrandis, Palfreeman, & Pérez, 2022; Martínez-Vidal & Barrachina, 2022; Palfreeman & Pinkerton, 2019). Los años previos habían conocido la transfusión pero no era eficiente, ni se conocía la forma de mantenerla refrigerada el tiempo necesario, realizar su transporte y, sobretodo, su uso de forma masiva y diaria, en España se crearon los bancos de sangre móviles**.** El precedente lo constituía las investigaciones de Yudin, en la Unión Soviética, realizando transfusiones desde sangre de cadáveres. Así, la innovación ocurrida en España durante la Guerra Civil consiste, además de perfeccionar y desarrollar las técnicas de venopunción y conservación de la sangre, en la labor organizativa y logística tan grande (Coni, 2008, p. 70; Palfreeman, p. 19-32) 1 año y medio después de la creación del Instituto de Transfusión de Sangre, se realizaron un total de 11 mil extracciones y 4 mil litros de sangre recogidos y conservados. Al final de la guerra serán 27 mil extracciones, 9 mil litros de entre 29 mil donantes (Martínez-Vidal & Barrachina, 2022; Palfreeman, , p. 45; Sebastian Browne, 2017).

Por último, se ha encontrado en la literatura que España fue donde por primera vez se usaron de forma sistemática, organizada y perfeccionada los auto-chirs, furgonetas y camiones que funcionaban como quirófanos móviles. En ellos se llevaba todo el material necesario para una operación quirúrgica de cualquier tipo. En la Primera Guerra Mundial se conocieron los quirófanos desmontables y de campaña, pero los auto-chirs no eran desmontables, sino que su concepto residía en que todo iba ya montado y puesto a punto: material de esterilización, laboratorio rápido, pruebas de imagen como rayos-X y material quirúrgico. Este desarrollo parte de la idea de que la atención quirúrgica debía hacerse en las primeras 6-8h para evitar decesos e infecciones a todos los niveles, y sólo en el transporte a un hospital base donde hubiese un quirófano adecuado ya se agotaban esas horas (Palfreeman, 2012; Rojo Fernández, 1986; Sebastian Browne, 2017, p. 134).

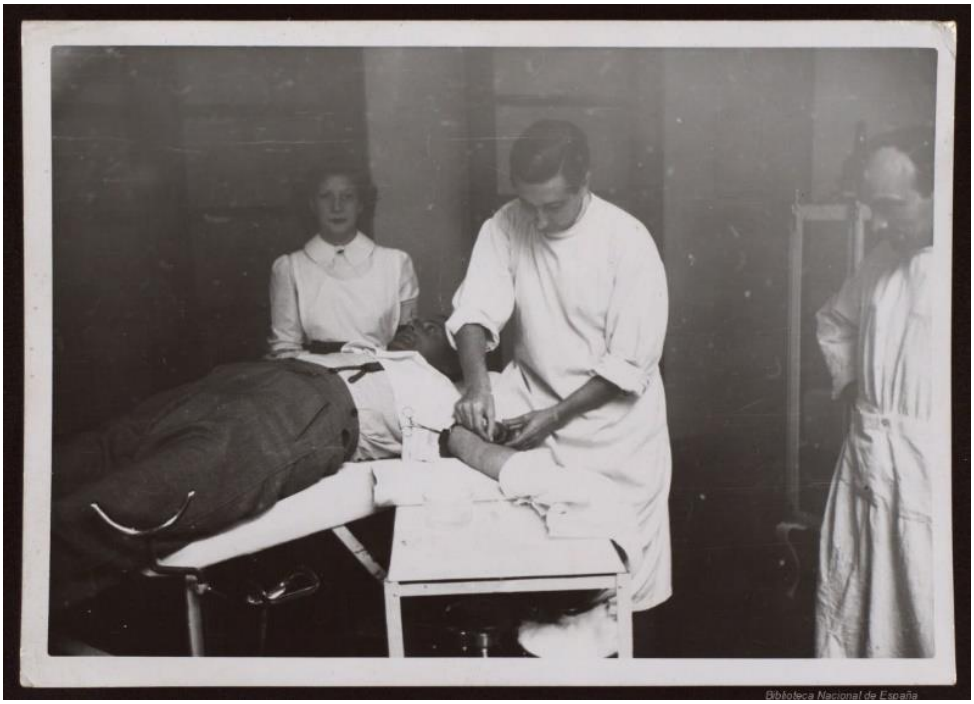


Figura 15: Transfusión en curso en el "Servicio Oficial de Transfusión de sangre conservada". Bando republicano. 1936-39. Fuente: Imagen procedente de los fondos de la Biblioteca Nacional de España.

Conclusión

La literatura revisada permite afirmar que la guerra aceleró el proceso de profesionalización de la enfermería, ya que por primera vez la enfermería pasaba de ser una prolongación de roles asociados a la mujer bajo la caridad hacia los enfermos hacia una profesión remunerada y reglada. La II República realizó importantes reformas hacia la atención sanitaria y hacia la formación enfermera, y se acentuó con la llegada del golpe de estado y el peligro de ver caer todos estos principios, que hizo que miles de personas llegasen a nuestro país a defenderlo (Mirón-González, 2013, p. 263; Moruno & Rodrguez, 2009, p. 307; Siles González, 1991, p. 121). Aparte, durante la guerra la enfermería sufrió una gran evolución, por iniciativa propia y también por la influencia de las enfermeras extranjeras. El camino sería tortuoso, siendo las enfermeras, matronas y practicantes republicanos represaliadas en masa a partir de 1939. La enfermería obtendría beneficios de esta experiencia, alcanzando su profesionalización a la larga, no exenta de dificultades (Anton-Solanas, Isabel, Wakefield, & Hallett, 2019; de Dios-Aguado, M., Gómez-Cantarino, Domínguez-Isabel, Chaves, & Queirós, 2020, p. 6; López Vallecillo, 2016, p. 437; Moruno & Rodrguez, 2009, p. 307; Solanas, Hallett, & Wakefield, 2005, p. 3).

12 Bibliografía

Referencias

Aguado, M. d. D., Queirós, P. J. P., Isabel, P. D., Jerez, B. E., Cantarino, S. G., & Hernández, A. E. (2019). Organización de los cuidados de enfermería en la Guerra Civil Española (1936-1939): un abordaje histórico. *Cultura De Los Cuidados: Revista De Enfermería Y Humanidades,* (53), 77-86. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6919492

American Nurses Association, [. (2015). *Guide to the Code of Ethics for Nurses: With Interpretive Statements: Development, Interpretation, and Application by American Nurses Association* (3rd ed.). American Nurses Association (ANA).

Antón Solanas, I., Wakefield, A., & Hallett, C. (2004). La influencia de la Guerra Civil Española en el desarrollo de la profesión de enfermería en España. *Temperamentum, 2*

Anton-Solanas, I., Wakefield, A., & Hallett, C. E. (2019). International nurses to the rescue: The role and contribution of the nurses of the International Brigades during the Spanish Civil War. *Japan Journal of Nursing Science, 16*(2), 103-114. 10.1111/jjns.12218

Anton-Solanas, I. (2010). *Nurses, practicantes and volunteers: the dissolution of practice and professional boundaries during the Spanish Civil War (1936-1939)* http://www.theses.com/idx/scripts/it3.asp?xml=Z:\index\idx\docs\all\59\it00615691.htm&subfolder=/search

Arandojo Morales, I., Brime, J., & Martín, F. (2015, -11-09). LA ESCUELA DE ENFERMERAS SANTA ISABEL DE HUNGRIA A TRAVES DE LA PRENSA.10.13140/RG.2.1.4988.9045

Aróstegui, J. (Ed.). (1997). *La Guerra Civil Española*

Ley de 13 de mayo de 1932, por la que se crea el Cuerpo Auxiliar Subalternos del Ejército, Decreto LeyU.S.C. (1932). https://www.boe.es/gazeta/dias/1932/05/04/pdfs/GMD-1932-125.pdf

Bailey, M. (2013). A brief history of British military experiences with infectious and tropical diseases. *Journal of the Royal Army Medical Corps, 159*, 150-157. 10.1136/jramc-2013-000087

Beevor, A. (2006). *The battle for Spain : the Spanish Civil War, 1936-1939*. Weidenfeld & Nicolson.

Bernabeu Mestre, J., & Gascón Pérez, E. (1995). El papel de la enfermería en el desarrollo de la salud pública española (1923-1935): la visitadora sanitaria. *Dynamis: Acta Hispanica Ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam, 15*, 151-176.

Bernabeu Mestre, J., & Gascón Pérez, E. (1999). *Historia de la enfermería de salud pública en España (1860-1977)*. Servicio de Publicaciones.

Bescos Torres, J. (1987). La Sanidad Militar en la Guerra de España (1936-1945) - Segunda Parte. *Revista De Medicina Militar, 43*(4) https://publicaciones.defensa.gob.es/media/downloadable/files/links/r/s/rsm_43_4.pdf

Birn, A., & M. Brown, T. (Eds.). (2013). *Comrades in Health: U.S. Health Internationalists, Abroad and at Home*. Rutgers University Press.

Blázquez-Ornat, I. (2017). *El practicante. : el nacimiento de una nueva profesión sanitaria en España.* (1st ed.). Consejo Superior de Investigaciones Cientificas.

Bollet, A. J. (2005). Military medicine in the Spanish-American War. *Perspectives in Biology and Medicine, 48*(2), 293-300. 10.1353/pbm.2005.0049

Calvo-Calvo, M. (2014). *La reacción de los practicantes en Medicina y Cirugía frente a la creación del título de Enfermera en 1915*. Universidad de Granada. 10.4321/S0211-95362014000200008

Calvo-Calvo, M. (2016). Indicios de profesionalización de la enfermería en España en el siglo XVII, según los estatutos de hospitales de Sevilla. *Aquichan, 16*, 513-525. 10.5294/aqui.2016.16.4.9

Cantarino, S. G., Cruz, S. G. d. l., Jerez, B. E., Aguado, María de las Mercedes de Dios, Queirós, P. J. P., & Rodrigues, M. A. (2018). Desarrollo formativo de la enfermería española y sus especialidades: desde los albores del s. XX hasta la actualidad. *Cultura De Los Cuidados Revista De Enfermería Y Humanidades,* (52)10.14198/cuid.2018.52.05

Cardillo, A., Pancheri, M. L., & La Torre, A. (2019). [The participation of italian nurses in the spanish civil war (1936-1939): identity, ideals and motivations]. *Assistenza Infermieristica E Ricerca: AIR, 38*(1), 15-22. 10.1702/3129.31104

Choperena, A. (2016). *Memorias de enfermeras en la Guerra Civil Americana: el camino hacia la profesionalización*

Choperena, A. (2021). Triumphal narratives in the American Civil War: A new nursing professional identity. *Journal of Advanced Nursing, 77*(3), 1422-1431. 10.1111/jan.14693

Choperena, A. (2022). Mary Livermore and My Story of the War: A nurse's narrative journey. *Nursing Inquiry, 29*(2), e12423. 10.1111/nin.12423

Cirillo, V. J. (2000). Fever and reform: the typhoid epidemic in the Spanish-American War. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences, 55*(4), 363-397. 10.1093/jhmas/55.4.363 [doi]

Clemente, J. C. (1989). De Oroquieta a la democratización. *Cruz Roja: En Portada,* , 10-11. https://www.cruzroja.es/especial-150-aniversario-revista/dist/documents/fundacioncr-1860.pdf

Collière, M. (1982). *Promouvoir la vie*. InterEditions.

Collière, M. (2009). *Promover la vida* / (2a.ed. ed.). McGraw-Hill.

Coni, N. (2008). *Medicine and Warfare: Spain, 1936-1939*. Routledge.

Connor, J. T. (1999). 'Before the world in concealed disgrace': physicians, professionalization and the 1898 Cuban campaign of the Spanish American War. *Clio Medica (Amsterdam, Netherlands), 55*, 29-58. 10.1163/9789004333277_002

Cuesta Bustillo, J. (2021). El Ministerio de Trabajo en la II República española (1931-1939). *Sociología Del Trabajo,* (99), 185-203. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8224049

Daniels, M. (1947). Tuberculosis in post-war Europe; an international problem. *Tubercle, 28*(10), 201; passim.

de Dios-Aguado, M., Gómez-Cantarino, S., Domínguez-Isabel, P., Rodrigues Fernandes Chaves, M. C., & Pina Queirós, P. J. (2020). Nursing during the Spanish Civil War and its post-war period (1936-1949): forgetting and disabling. *Revista De Enfermagem Referência,* (2), 1-7. 10.12707/RV20019

De Vries, L. M. (2009). *España 1937: memorias* (2nd ed.). Universidad Veracruzan.

Domínguez-Alcón, C. (1979). Para una sociología de la profesión de enfermería en España. *Reis: Revista Española De Investigaciones Sociológicas, 8*(79), 103-129. https://reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_008_06.pdf

Domínguez-Alcón, C. (1986). *Los cuidados y la profesión enfermera en España*. Pirámide.

Escribano Ruiz, C. (2022). Pies de Trinchera. La contribución de enfermería en la Guerra Civil Española. *Temperamentvm: Revista Internacional De Historia Y Pensamiento Enfermero,* (18), 8. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8607433

Expósito González, R., & Siles González, J. (2019). Los Practicantes en Medicina y Cirugía durante el

Directorio de Primo de Rivera. *Temperamentvm, 15*(e12501), 1-10.

https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/98530/1/2019_Exposito_Siles_Temperamentvm.pdf

Fee, E., & Garofalo, M. E. (2010). Florence Nightingale and the Crimean War. *American Journal of Public Health, 100*(9), 1591. 10.2105/AJPH.2009.188607

Fyrth, J. (1986). *The Signal was Spain: The Spanish Aid Movement in Britain, 1936-39*. Lawrence and Wishart.

Gallastegui Iturbe, I. (2015) La odontología española del siglo XIX : influencia de Florestán Aguilar en el desarrollo de la misma. Universidad Complutense. ID: 51972. [Tesis]..

Galiana-Sánchez, M. E., & Bernabeu-Mestre, J. (2011). Género y desarrollo profesional: las enfermeras de salud pública en la España del período de entreguerras, 1925-1939. *Gender and Professional Development: Public Health Nurses in the Interwar Spain, 1925-1939,* 10.14198/fem.2011.18.12

García Blanco, L., & Pérez Velasco, P. (2015). ENFERMERÍA ESCOLAR: DESCUBRIR QUIENES FUIMOS PARA COMPRENDER QUIENES SOMOS. *Colegio De Enfermería De Cantabria,* http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/Libro_Centenario_His.pdf

Gayer, M., Legros, D., Formenty, P., & Connolly, M. A. (2007). Conflict and Emerging Infectious Diseases. *Emerging Infectious Diseases, 13*(11), 1625-1631. 10.3201/eid1311.061093

Gibson, I. (1982). *La noche en que mataron a Calvo Sotelo* (2nd ed.). Argos Vergara, S.A.

Glòria, G. C., & Cuxart i Ainaud Núria. (2021). L'Escola Especial d'Infermeres Auxiliars de Medicina de la Mancomunitat de Catalunya (1917-1924). *Gimbernat: Revista d'Història De La Medicina i De Les Ciències De La Salut, 75*(0) https://raco.cat/index.php/Gimbernat/article/view/388290

González Canalejo, C. (2008). Cuidados y bienestar : el trabajo sanitario femenino en respuesta a la «cuestión social» (1857-1936).*27* Retrieved from https://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/114423

González Yanes, J. (2014). *Historia de la enfermería en la defensa: Ejército de Tierra. "Regulación normativa y marco jurídico de funciones profesionales"*. Jerónimo González Yanes.

Guerrero Rodríguez, V. d. C. (2016). *Historia del Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España* (Tesis Doctoral). https://eprints.ucm.es/id/eprint/37226/

Guinea, M. J. C. (2005). *Mujeres que la historia no nombr\'o*. Ayuntamiento de Pamplona, {\'A}rea de Servicios Sociales y Mujer.

Haldane, E. S. (1923). *The British nurse in peace and war / by Elizabeth S. Haldane.* John Murray.

Hallett, C. (2007). A 'gallop' through history: nursing in social context. *Journal of Clinical Nursing, 16*(3), 429-430. 10.1111/j.1365-2702.2006.01672.x

Hallett, C. (2015). 'This fiendish mode of warfare': Nursing the victims of gas poisoning in the First World War. *One Hundred Years of Wartime Nursing Practices, 1854-1953* (pp. 81-100)

Hannant, L. (2004). "My God, are they sending women?": Three Canadian Women in the Spanish Civil War, 1936-1939. *Journal of the Canadian Historical Association / Revue De La Société Historique Du Canada, 15*(1), 153-176. 10.7202/012072ar

Hanson, K. S. (1995). A network of service: female nurses in the Civil War. *Caduceus (Springfield, Ill.), 11*(1), 11-22.

Harris, K. (2011). *More Than Bombs and Bandages: Australian Army Nurses at Work in World War I*. Big Sky Publishing.

Harris, K. (2009). Work, Work, Work: Australian Army Nurses after the First World War. *When the Soldiers Return: November 2007 Conference Proceedings,* , pp. 183-193.

Hay Beith, I. (1953). *One hundred years of army nursing : the story of the British Army Nursing Services from the time of Florence Nightingale to the present day. By Ian Hay (Major-General John Hay Beith).* (2nd ed.). Cassell.

Helmstadter, C. (2015). Class, gender and professional expertise: British military nursing in the Crimean War; One hundred years of wartime nursing practices, 1854–1953. (). Manchester University Press. 10.7765/9781526101532.00010

Henderson, V. (1966). *The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research, and education*. MacMillan.

Herrera-Rodríguez, F. (2000). Un capítulo de la enfermería: la "cirugía menor" en la España del siglo XIX. *A Chapter of Nursing: "Minor Surgery" in the Spain of XIX,* 10.14198/cuid.2000.7-8.03

Hodgson, A., Keene, J., & Lancina, V. P. (2005). *A una milla de Huesca: diario de una enfermera australiana en la Guerra Civil espa\~nola*. Prensas Universitarias de Zaragoza.

Howard, M. R. (1999). Walcheren 1809: a medical catastrophe. *BMJ : British Medical Journal, 319*(7225), 1642-1645. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1127097/

Howson, G. (1999). *Arms for Spain: The Untold Story of the Spanish Civil War*. St. Martin's Press.

Hudson, G. L. (2007). British military and naval medicine, 1600-1830. *Clio Medica (Amsterdam, Netherlands), 81*, 7-22.

Huguet, M. (2016). Batallar fuera de casa: mujeres de uniforme en la Primera Guerra Mundial. Battling out of the Home Front: Women in Uniform During World War One. Paper presented at the

INE. (1931). *Enseñanza de Practicantes: datos estadísticos relativos a los años académicos que se expresan.* ().Fondo documental del Instituto Nacional de Estadística. https://www.ine.es/inebaseweb/pdfDispacher.do?td=150177

INE. (1943). *Enseñanza de Enfermeras: datos estadísticos relativos a los años académicos que se expresan.* (). Madrid: Fondo documental del Instituto Nacional de Estadística. https://www.ine.es/inebaseweb/pdfDispacher.do?td=161208

Irwin, J. F. (2016). Beyond Versailles: Recovering the Voices of-Nurses in Post-World War I U.S.-European Relations. *Nursing History Review: Official Journal of the American Association for the History of Nursing, 24*, 12-40. 10.1891/1062-8061.24.12

Jackson, A. (2002). *British women and the Spanish Civil War / Angela Jackson*. Routledge. 10.4324/9780203219591

Jackson, A. (2015). Blood and guts: Nursing with the International Brigades in the Spanish Civil War, 1936–39; One hundred years of wartime nursing practices, 1854–1953. (). Manchester University Press. 10.7765/9781526101532.00019

Jackson, A. (. (2012). *Para nosotros era el cielo. : Pasión, dolor y fortaleza de Patince Darton, de la guerra civil española a la China de Mao.*

Jackson, G. (1974). *A Concise History of the Spanish Civil War*. John Day Company.

Jackson, G., American Council of, L. S., & University, P. (1965). *The Spanish Republic and the Civil War, 1931-1939*. Princeton University Press.

Joan Ramon Soler, i. S. (1985). Organización de la Sanidad Militar en el ejército de la República durante la guerra civil española 1936-1939. *Gimbernat: Revista d'Història De La Medicina i De Les Ciències De La Salut, 5*(0) https://raco.cat/index.php/Gimbernat/article/view/43276

Jones, M. M., & Saines, M. (2019). The Eighteen of 1918–1919: Black Nurses and the Great Flu Pandemic in the United States. *American Journal of Public Health, 109*(6), 877-884. 10.2105/AJPH.2019.305003

José Marañón. (1915). Llegó la hora. *Boletín De Los Colegios De Practicantes De Medicina Y Cirugía.,* (86), 9. https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/f1ced3f4-b978-461a-be48-b0a9778a16ff/E3F10371-48D2-4209-98BB-B02F1624F0CD/5c4b7c9a-eeee-46cb-b4a6-6c272ca9e9d6/RA_1915-86.pdf

Koch, B. E. (2015). Surgeon-nurse anesthetist collaboration advanced surgery between 1889 and 1950. *Anesthesia and Analgesia, 120*(3), 653-662. 10.1213/ANE.0000000000000618

Ley relativa al contrato de trabajo, (1931). https://www.boe.es/gazeta/dias/1931/11/22/pdfs/GMD-1931-326.pdf

Leininger, M. M. (1991). *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York : National League for Nursing Press.

León, Á E., Salguero, J. J. M., Bravo, G. G., Eiroa, M., Texeira, E. B., Palacios, J. C., Lagunas, Á C., Rodríguez, J. P., Féron, D. G., & Aguado, A. (2018). *Mujer, franquismo y represión: Una deuda histórica*. Sanz y Torres.

Letelier, M., & Velandia-Mora, A. (2010). Professionalism in nursing, the habit of excellence in health care. *Avances En Enfermería, 28*, 145-158.

López Vallecillo, M. (2016). Relevancia de la mujer en el bando nacional de la Guerra Civil española:
las enfermeras. *Memoria Y Civilización, 19*, 419-439. 10.15581/001.19.419-439

López Vallecillo, M. (2016). *Presencia social e imagen pública de las enfermeras en el siglo XX (1915-1940)* 10.35376/10324/16513 https://uvadoc.uva.es/handle/10324/16513

López, M., Mirón-González, R., Castro, M., & Jiménez, J. (2021). Training of volunteer nurses during the Spanish Civil War (1936-1939): A historical study. *PloS One, 16*(12), e0261787. 10.1371/journal.pone.0261787

Lucena, I. J. (2002). De intereses y derechos. Elementos del debate en torno a la asistencia médico-sanitaria durante la Segunda República. *Trabajo social y salud,* (43), 67-90. Retrieved from https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=291893

Instrucciones generales para la organización y constitución del Cuerpo do Damas enfermeras de la Cruz Roja y su enseñanza, Real DecretoU.S.C. (1917). https://www.boe.es/gazeta/dias/1917/03/01/pdfs/GMD-1917-60.pdf

Martín Ruiz, J. A. (2015). Aspectos sanitarios en el asedio de Baler, Filipinas (1898-1899). *Sanidad Militar, 71*(4), 269-274. 10.4321/S1887-85712015000400011

Martín Sierra, F. (2014). El papel de la Sanidad Militar en la campaña de Marruecos (1859-1860). *Sanidad Militar, 70*(3), 157-173. 10.4321/S1887-85712014000300005

Martínez, F. J. (2016). [A state of need: the Spanish Red Cross in Morocco, 1886-1927]. *Historia, Ciencias, Saude--Manguinhos, 23*(3), 867-886. 10.1590/S0104-59702016000300008

Martínez, Y. (1998). La Sanidad Militar del Ejército Español en la Guerra de 1895 en Cuba. *Asclepio, 50*10.3989/asclepio.1998.v50.i1.356

Medina, J. (1932). La enfermera clandestina. *Boletín Del Colegio Oficial De Practicantes En Medicina Y Cirugía De Madrid Y Su Provincia,* (281) https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/f1ced3f4-b978-461a-be48-b0a9778a16ff/F1C4CD2C-C1E7-425E-BD70-6B7BB8A0400C/d1510907-f930-4044-be51-8a3ae4c0321e/RA_1932-281.pdf

Mirón-González, R. (2013). La enfermería profesional en España: orígen, avance y represión (S.XIX-XX). (pp. 235-283)

Monge Ortiz, M. (2015). CUIDAR EN TIEMPOS DE GUERRA CIVIL (1936-1939). *Colegio De Enfermería De Cantabria,* https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/06CE0550-D879-408D-9CC9-38326E7ECACE/d6b4fcc3-3406-4932-b485-4293cf99ce69/d6b4fcc3-3406-4932-b485-4293cf99ce69.pdf

Monteiro, L. A. (1985). Florence Nightingale on public health nursing. *American Journal of Public Health, 75*(2), 181-186. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1645993/

Moruno, D. M., & Rodríguez, J. O. (2009). The nursing vocation as political participation for women during the Spanish Civil War. *Journal of War & Culture Studies, 2*(3), 305-319. 10.1386/jwcs.2.3.305/1

Nelson, S., Galbany-Estragués, P., & Gallego-Caminero, G. (2019). The Nurses No-One Remembers: Looking for Spanish Nurses in Accounts of the Spanish Civil War (1936-1939). *Nursing History Review, 28*(1), 63-92. 10.1891/1062-8061.28.63

Nolte, K., & Hallett, C. (2019). Crossing the Boundaries Nursing, Materiality and Anaesthetic Practice in Germany and Britain, 1846-1945.10.25974/enhe2019-4en

Olszewski Walker, L., & Coalson Avant, K. (2019). *Strategies for theory construction in nursing* (6th ed.). Pearson Education, Inc.

Orem, D. E., G. Taylor, S., & McLaughlin, K. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6th ed.). Mosby, St. Louis.

Real Decreto de junio de 1875 por el que se funda el título de "cirujano-dentista", Real DecretoU.S.C. (1875). https://www.boe.es/gazeta/dias/1875/06/05/pdfs/GMD-1875-156.pdf

Palfreeman, L. (2012). *Salud! : British volunteers in the Republican Medical Service during the Spanish Civil War, 1936-1939*. Sussex Academic Press.

Paramio, M. P. G. (2016). *De enfermeras a ayudantes técnicos sanitarios: el retroceso en la profesionalización de la enfermería durante el franquismo (1939-1977)* https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=60892

Pedraz Marcos, A., Ramírez Schacke, M., Oter Quintana, C., Palmar Santos, A., & Martín Robledo, A. (2007). La visitadora sanitaria. Órgano oficial de la Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias . *Temperamentvm, 3*(6), t6466.

Picardo Castellón, M. (Ed.). (1986). *Experiencia personal en un hospital quirúrgico de primera línea durante nuestra guerra civil.* Laboratorios Beecham.

Preston Paul. (1994). *The coming of the Spanish Civil War : reform, reaction, and revolution in the Second Republic*. Routledge.

Preston, P. (1993). *Franco: A Biography*. HarperCollins.

Quintairos Domínguez, S. (2008). *Del practicante a la enfermera 150 años de desarrollo profesional: el papel de los colegios profesionales* (Tesis Doctoral). https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/5666

Rasnake, M. S., Conger, N. G., McAllister, K., Holmes, K. K., & Tramont, E. C. (2005). History of U.S. military contributions to the study of sexually transmitted diseases. *Military Medicine, 170*(4 Suppl), 61-65. 10.7205/milmed.170.4s.61

Riley-Smith, J. (2002). Casualties and the Number of Knights on the First Crusade. *Crusades, 1*(1), 13-28. 10.1080/28327861.2002.12220530

Rodríguez López-Brea, C. M., & González Calleja, E. (2018). Un derrotado en “La Victoria”: José María Gil-Robles y la Guerra Civil española (1936-1939). *Revista Universitaria De Historia Militar, 7*(13), 104-133. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7093712

Rodríguez Ocaña, E., & Menéndez Navarro, A. (1986). Primer Congreso Nacional de Sanidad (Madrid, 1934) como sanción de la profesionalización médico-social en España. https://digibug.ugr.es/handle/10481/19829

Rogers, M. E. (1970). Introduction to the Theoretical Basis of Nursing. *Nursing Research, 19*(6) https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Fulltext/1970/11000/Introduction_to_the_Theoretical_Basis_of_Nursing.12.aspx

Rojas, E. (1915). Como quien somos cumplimos. *Boletín De Los Colegios De Practicantes De Medicina Y Cirugía Órgano Oficial De Los Colegios Unidos, 86* https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/f1ced3f4-b978-461a-be48-b0a9778a16ff/E3F10371-48D2-4209-98BB-B02F1624F0CD/5c4b7c9a-eeee-46cb-b4a6-6c272ca9e9d6/RA_1915-86.pdf

Ruiz Berdún, M. D., & Gomis Blanco, A. (2014). La matrona y el seguro de maternidad durante la Segunda República (1931-1936). https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/25898

Sabbatani, S., & Fiorino, S. (2017). The treatment of wounds during World War I. *Le Infezioni in Medicina, 25*(2), 184-192.

Salas Larrazábal, R. (1989). Aspectos militares de la Guerra Civil española. *Anales De Historia Contemporánea,* (7), 93-110. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4083779

Sanchez Solórzano, M. (2010). *Las margaritas, enfermeras del partido carlista.* Retrieved Feb 24, 2023, from http://www.lavoz.circulocarlista.com/historia-del-carlismo/historia-2/lasmargaritasenfermerasdelpartidocarlista

Santainés-Borredá, E., & Camaño-Puig, R. (2021). Florence Nightingale and the Spanish nursing school of Santa Isabel De Hungría (1896). *International Journal of Nursing Knowledge, 32*(3), 199-205. 10.1111/2047-3095.12313

Santy-Tomlinson, J., Hertz, K., & Kaminska, M. (2018). Orthogeriatric Nursing. In K. Hertz, & J. Santy-Tomlinson (Eds.), *Fragility Fracture Nursing: Holistic Care and Management of the Orthogeriatric Patient* (). Springer.

Sanz Ferreiro, R. (2005). *Los practicantes y el ejercicio de la odontología española.* Retrieved Mar 6, 2023, from https://eprints.ucm.es/id/eprint/7156/

Sebastian Browne, J. (2017). *Medicine and Surgery during the Spanish Civil War: 1936-1939* (Tesis Doctoral). https://kar.kent.ac.uk/61266/1/140Thesis%20final%20submission.pdf

Serrallonga i Urquidi, J. (2015). The main military medical organisations in the rebel army, 1936-1939. *Revista Universitaria De Historia Militar, 4*(7), 41-66. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6130594

Shamian, J. (2014). The role of nursing in health care. *Revista Brasileira De Enfermagem, 67*(6), 867-868. 10.1590/0034-7167.2014670601

Shapiro, M. F. (1983). Medical aid provided by American, Canadian and British Nationals to the Spanish Republic during the Civil War, 1936-1939. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation, 13*(3), 443-458. 10.2190/66UF-TXRE-T50H-AY1B

Siles González, J., García Hernández, E., Cibanal Juan, L., Gallardo Frías, Y., & Lillo Crespo, M. (1998). [Nursing in the movies: its image during the Spanish Civil War]. *Revista De Enfermeria (Barcelona, Spain), 21*(244), 24-31.

Siles González, J. (2008). *Historia de la Enfermería* (2nd ed.). EDITORIAL AGUACLARA.

Siles González, J. (2009). A influência da Concepcion Arenal na enfermagem espanhola: a partir de um estudo na perspectiva da história cultural no modelo estrutural dialético. *La Influencia De Concepción Arenal En La Enfermería Española: Un Estudio Desde La Perspectiva De La Historia Cultural Y El Modelo Estructural Dialéctico,* http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/25842

Skretkowicz, V., & Nightingale, F. (2010). *Florence Nightingale's Notes on Nursing and Notes. Edited by Victor Skretkowicz* (Commemorative Edition with Historical Commentary ed.). Springer Publishing Company, LLC.

Smail, R. C., & Marshall, C. (1995). *Crusading warfare, 1097-1193* (2nd ed.)

Smallman-Raynor, M. R., & Cliff, A. D. (2004). Impact of infectious diseases on war. *Infectious Disease Clinics of North America, 18*(2), 341-368. 10.1016/j.idc.2004.01.009

Smallman-Raynor, M., & Cliff, A. (2004). *War Epidemics: An Historical Geography of Infectious Diseases in Military Conflict and Civil Strife, 1850-200*10.1093/oso/9780198233640.001.0001

Smith, M. C. (2019). Regenerating Nursing's Disciplinary Perspective. *ANS. Advances in Nursing Science, 42*(1), 3-16. 10.1097/ANS.0000000000000241

Soledad Sánchez Puñales. (2002). *Historia de la Enfermería en Uruguay*. TRILCE.

Southworth, H. R. (2002). *Conspiracy and the Spanish Civil War: The brainwashing of Francisco Franco* (Ebook, 2016 ed.)

Southworth, H. R. (2008). *El mito de la cruzada de Franco* (2nd ed.). DeBolsillo.

Szreter, S. (2003). The population health approach in historical perspective. *American Journal of Public Health, 93*(3), 421-431. 10.2105/ajph.93.3.421

The Territorial Force Nursing Service. (1920). *The Hospital, 69*(1802), 269.

Thomas, H. (2001). *The Spanish Civil War* (The Modern Library ed.). Modern Library.

Torres A, A., & Sanhueza A, O. (2006). Desarrollo de la autoestima profesional en enfermerÃa. *InvestigaciÃ³n Y EducaciÃ³n En EnfermerÃa, 24*(2), 112-119.

Trueland, J. (2017). First world war: 'The first big test of professional nursing'. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987), 31*(51), 21-23. 10.7748/ns.31.51.21.s23

Tuñón de Lara, M. (1974). *La España del siglo XX: De la Segunda República a la Guerra Civil, 1931-1936*. Editorial Laia.

UK Army Medical Department. (1858). *Medical and surgical history of the British Army: which served in Turkey and the Crimea during the war against Russia in the years 1854-55-56 - Digital Collections - National Library of Medicine*. Harrison and Sons.

Urien Blázquez, T. (2013). *Enfermería: Historia desde 1857* (1st ed.). Vision Libros.

Valls Molins, R., Ramió Jofre, A., Torres, C., & Domínguez-Alcón, C. (2015). *Enfermeras de guerra* (1st ed.). San Juan de Dios, Campus Docent.

Velandia Mora, A. L. (2008). Análisis de la periodización utilizada en historia de la enfermería. *InvestigaciÃ³n Y EducaciÃ³n En EnfermerÃa, 26*(1), 36-47.

Venables, K. M. (2021). Surgery on the battlefield: Mobile surgical units in the Second World War and the memoirs they produced. *Journal of Medical Biography,* , 9677720211012190. 10.1177/09677720211012190

Viñas, Á. (2019). *¿Quién quiso la Guerra Civil?*. Planeta.

Vogel, S. (2008). War Medicine: Spain, 1936–1939. *American Journal of Public Health, 98*(12), 2146-2149. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636530/

Wilensky, H. L. (1964). The Professionalization of Everyone? *American Journal of Sociology, 70*(2), 137-158. 10.1086/223790

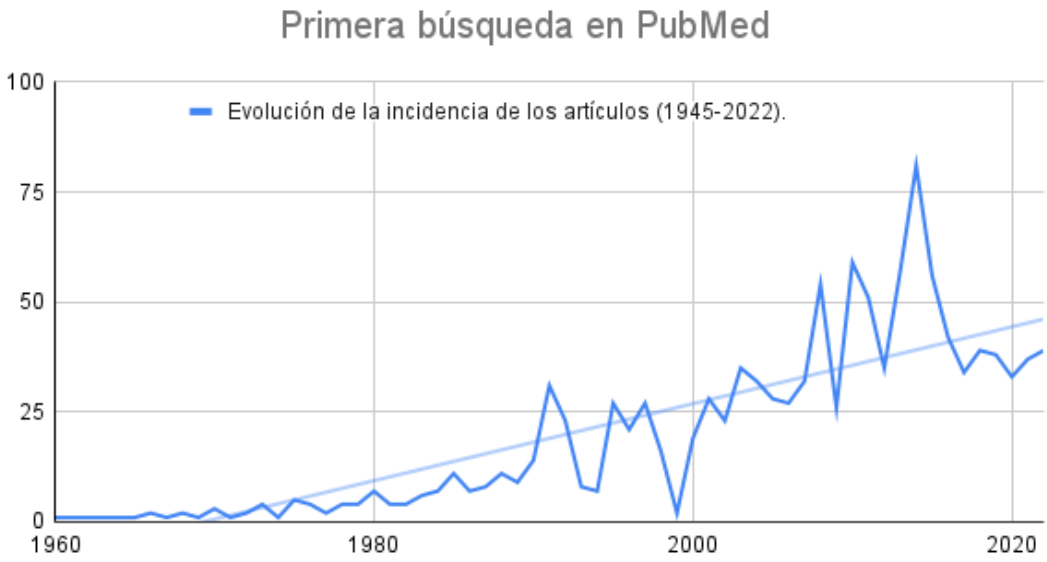
Writer, J. V., DeFraites, R. F., & Brundage, J. F. (1996). Comparative mortality among US military personnel in the Persian Gulf region and worldwide during Operations Desert Shield and Desert Storm. *Jama, 275*(2), 118-121.

13 Webgrafía

1) Gazeta de la República, en Boletín Oficial del Estado (BOE). (Actualizado). Acceso el 20 de octubre de 2022 desde https://www.boe.es/buscar/gazeta.php
2) International Committee of the Red Cross. (Actualizado). Acceso el 14 de noviembre de 2022 desde https://www.icrc.org/en/archives
3) Catálogo Colectivo del International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (Actualizado). Acceso el 20 de noviembre de 2022 desde https://weblis.ifrc.org/Libcat/index.html
4) Centro de Documentación de Cruz Roja Española. (Actualizado). Acceso el 22 de noviembre de 2022 desde https://a3w-cruzroja.odilo.es/portalArchivo/controladorconopac?usr=null
5) Fondo Documental. Anuario Estadístico. Instituto Nacional de Estadística (INE). (Actualizado). Acceso el 28 de octubre de 2022 desde https://www.ine.es/inebaseweb/25687.do#
6) Búsqueda Avanzada de Documentos, en Portal de Archivos Españoles (PARES). (Actualizado). Acceso el 2 de noviembre de 2022. http://pares.mcu.es/ParesBusquedas20/catalogo/autoridad/65094
7) Materiales Gráficos, en Fondo digital de la Biblioteca Nacional de España (BNE). (Actualizado). Acceso el 11 de febrero de 2023 http://catalogo.bne.es/uhtbin/cgisirsi/?ps=WWv6MDOf1V/BNMADRID/55721839/60/111/X

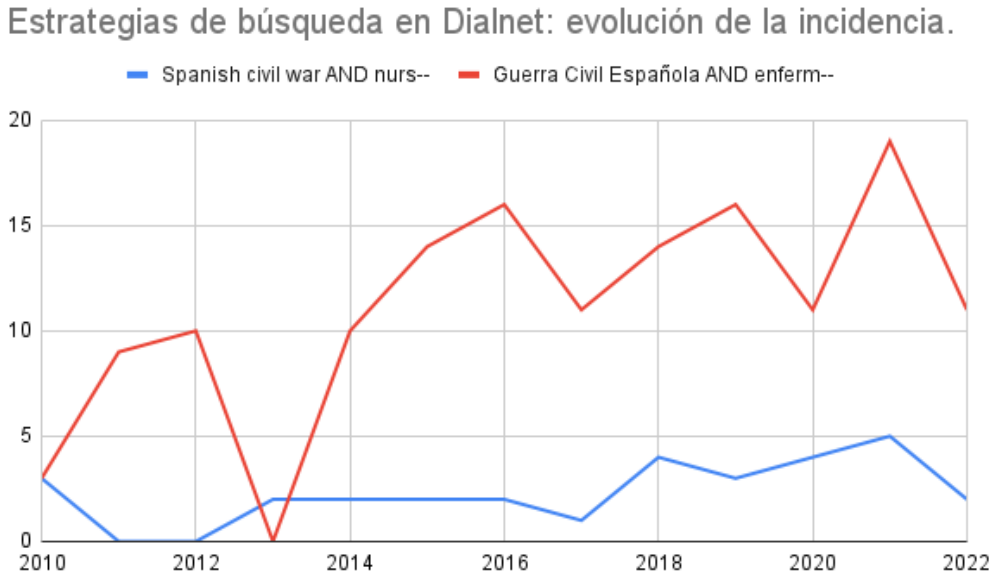
14 ANEXOS

ANEXO 1: Estrategias de búsqueda

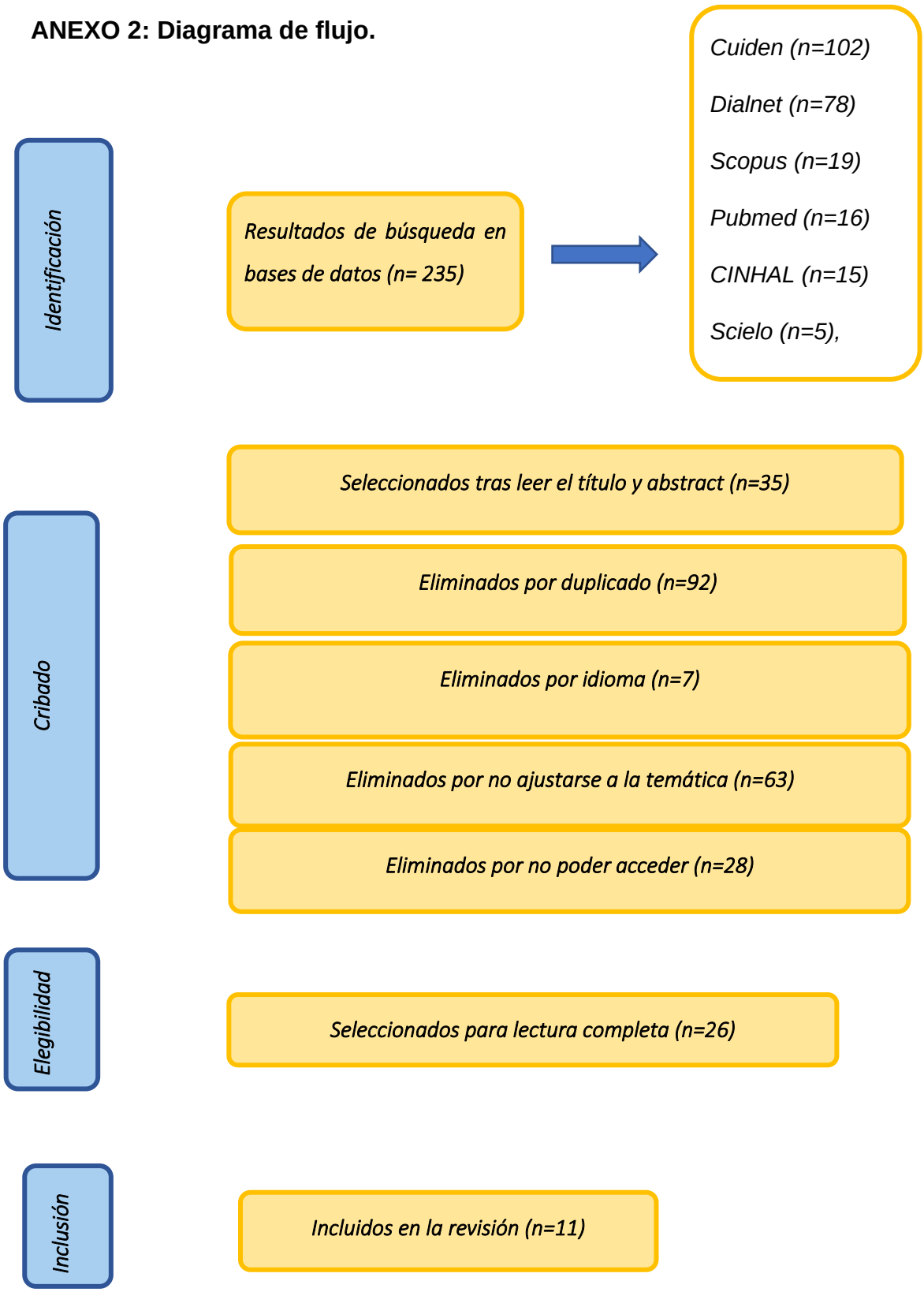


Nursing care AND (military nursing OR (healthcare AND war))

14.1 Estrategia de búsqueda en Dialnet:

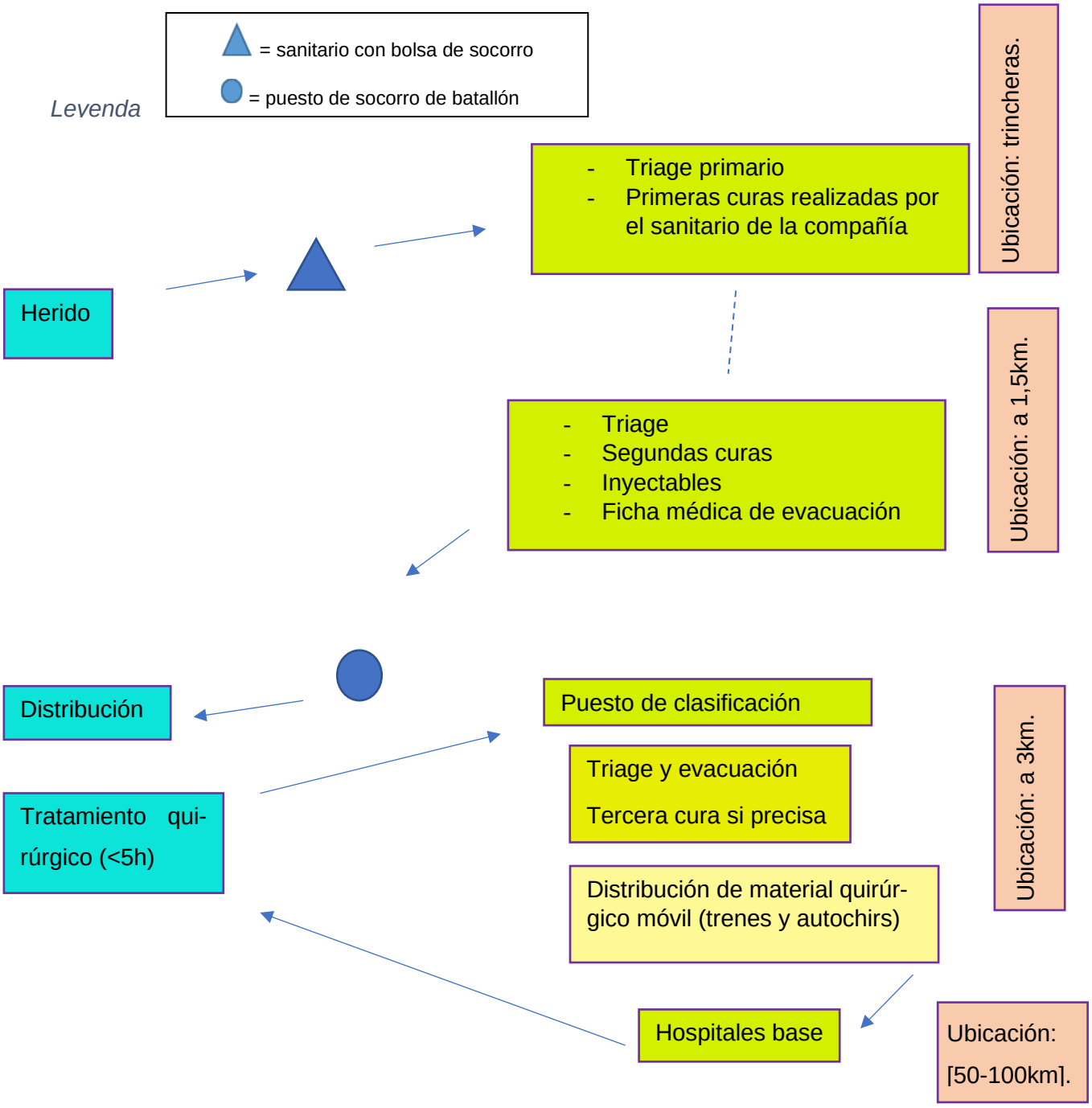


ANEXO 2: Diagrama de flujo.



ANEXO 3: Diagrama organización sanitaria

Fuente: Elaboración propia desde Anonymous, 1938. El personal de los puestos de clasificación. La Voz de la Sanidad del Ejercito de Maniobra, 1: 4–5. Hemeroteca. MF/R.2266. Rev.262., citado en Antón Solanas (2010, p. 120).



ANEXO 4: Semejanzas en las bases enfermeras en los escritos de Nightingale y Rubio y Galí.

Nightingale	Rubio y Galí
Administración y cuidado de los pequeños detalles	Atención a los pequeños detalles. Variabilidad e individualidad de la atención.
Alimentación	Importancia de la alimentación y el respeto al enfermo.
Clases de Alimentos	Respetar la cultura alimenticia del paciente y su costumbre. Educar. La importancia de la asimilación gástrica y su metabolismo. Dietas varias.
Charlatanería, esperanzas y consejos	Influencia de las visitas de amigos y familiares. Informar sobre la verdad al enfermo, criterio bioético de beneficiencia.
La Cama y Ropas de cama	Arreglo, limpieza e higiene de las ropas de cama. Atención al peso sobre el paciente
La luz	Beneficios de la luz natural en el enfermo
Limpieza habitaciones/ paredes	Limpieza e higiene de las habitaciones y paredes Limpieza e higiene de las salas quirúrgicas, importancia de la experiencia y la práctica en la enseñanza
Limpieza/higiene personal	Higiene exhaustiva del enfermo y atención a la ropa.
Observación del Enfermo	Atender al aspecto del enfermo, a su entorno y a las condiciones en que vive. Conocer la fisiopatología y los signos de las enfermedades.
Ruido	Evitar ruidos innecesarios. Suavidad y empatía en el cuidado. Atender al descanso/sueño. La lectura y otros hábitos deseables.
Salubridad de las casas	“La luz como causa de la escrófula” (linfadenitis cervical). Prevención de la infección. Cuidados continuos. Contagio por aire y vectores, aislamiento.

Ventilación y Calefacción	Importancia del aire puro y la ventilación de las habitaciones y domicilios, problemas relacionados con la humedad.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidos por (Santainés-Borredá & Camaño-Puig, 2021) y recuperando fragmentos de (Skretkowicz & Nightingale, 2010).

ANEXO 5: Etapas de la enfermería según autores

Fuente: elaboración propia desde (Collière, 1982, p. 34; Siles González, José, 2008, p. 23, 341; Torres A & Sanhueza A, 2006; Velandia Mora, 2008, p. 42).

	Autores		
	Collière	**Ávila**	**Siles**
Fases	Fase doméstica o mujeres cuidadoras (hasta siglo XVIII): - Salud como mantenimiento de la vida	Empírica asistencial	Prehistoria y cuidados de salud
	Fase vocacional o mujeres consagradas (1840-1915) - Cuidar como don divino, asociado a la caridad religiosa y a las mujeres.		Religioso-institucional
	Fase técnica o de auxiliar del médico (1915-1939): - La Salud entendida como lucha contra las enfermedades	Científica e individualista	Enfermería preprofesional
	Fase profesional (1977-Actualidad)	Concepción integral y totalizadora	Enfermería como ciencia y profesionalizada

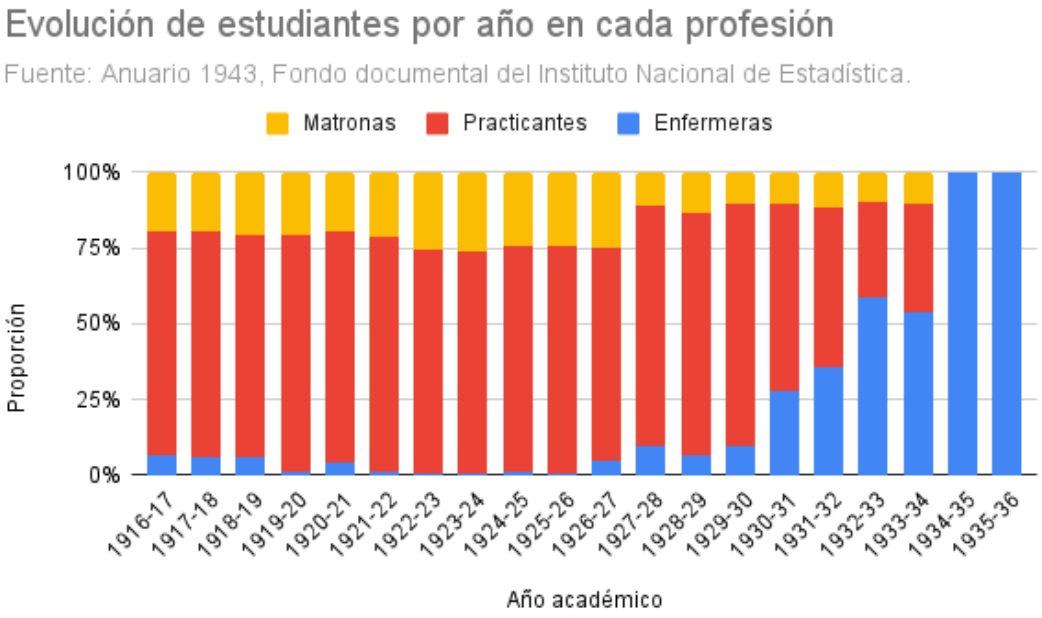
ANEXO 6: Etapas de la enfermería adaptadas al contexto español

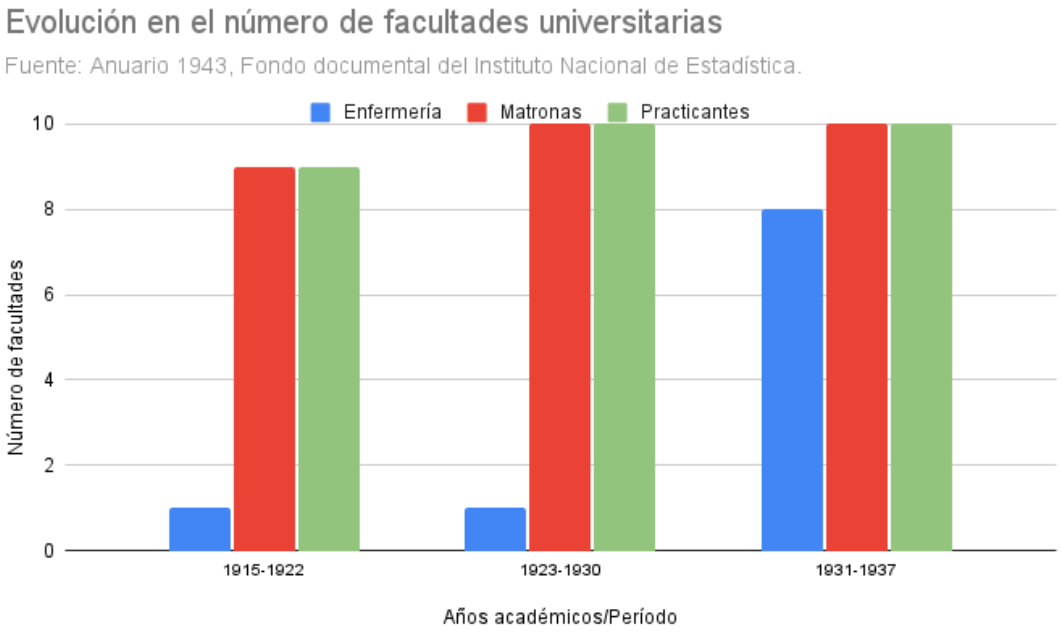
Fuente: elaboración propia desde autores citados.

	Eventos característicos
Etapa vocacional	Ley Moyano 1857 y los desarrollos de Concepción Arenal (Paramio, 2016, p. 13; Siles González, José, 2009, p. 157). La Escuela laica del Doctor Rubio y Galí (de Dios-Aguado et al., 2020, p. 2)
Etapa técnica	- RD 1915 (Bernabeu Mestre & Gascón Pérez, 1999). - Hospitales de la Cruz Roja (1918) - OM (1932): Especialidades de enfermería. Avances en psiquiatría y enfermería visitadora (salud pública) - RD 1953: Unificación de las tres profesiones en el ATS. - Orden 1963: se califica como técnicos de grado medio los títulos de Practicante, Matrona y ATS.
Etapa profesional	RD 1977: Enfermería con formación universitaria. (Domínguez-Alcón, 1979; Domínguez-Alcón, 1986, p. 178)

ANEXO 7: Evolución de la enseñanza de enfermeras, matronas y practicantes.

Fuente: realización propia a partir de datos del INE. (INE, 1931; INE, 1943).





ANEXO 8: Temario del Cuerpo de Damas Enfermeras de la C.R (1917)

LECCIONES	CONOCIMIENTOS
1, 2 y 29:	Bases de la Cruz Roja y de la Sanidad Militar.
2-12:	Anatomía y aparatos
13:	Fiebre, baño y precauciones.
14:	Infección, principales toxinas, vacunas, desinfección y estufas de esterilización y autoclaves.
15:	Sepsis, antisepsia, hemostasia y anestesia. Anestesia local y general. Enumeración de los principales anestésicos. Peligros de la anestesia y modo de evitarlos.
16:	Elementos básicos de una cura de urgencia. Algodones, gasas, vendas, bisturís, pinzas, cánulas, sondas, lancetas, férulas, gotieras, jeringas da cura, de Prevaz y dé Roux; fonendoscopio, termocauterio y electrocauterio
17:	Hemorragias: arterial y venosa. Hemostasia y epistaxis. Venda de Esmarck. Metrorragias. Torniquetes compresores. Sitios de elección.
18:	Teoría y práctica de las inyecciones hipodérmicas. Jeringuilla de Pravaz. Indicaciones. Clases de sueros medicinales.
19 y 22:	Operaciones quirúrgicas. Preoperatorio y condiciones asépticas. Material desinfectado y diferentes clases de algodones, gasas y vendas. Maneras de muda de cama a los pacientes.
20-21	Vendajes de cabeza, cuello, tronco y extremidades. Práctica.
23	Broncoscopia y Rayos X. Higiene y asepsia bucal
24	Purgantes y vomitivos

25:	Fracturas: cabeza, columna, costillas, extremidades superiores e inferiores, cavidad pelviana. Precaución en su traslado. Vendajes inamovibles. Camillas: tipos y modelos. Delantal Landa, artolas, parihuelas. Manera de improvisar camillas con fusiles, bastones, palos, etc.
26	Envenenamientos: alcohol, cocaína, cobre, cloroformo, digital, estrictina, plomo, setas y moluscos. Síntomas y cuidados que se deben prestart. Alcohol en específico en la Lección 30.
27	Respiración artificial, auxilios. Gases asfixiantes. Accidentes causados por la acción solar, baja temperatura y electricidad. Diferencia entre muerte real y aparente. Signos de muerte real.
28	Quemaduras, grados y tratamientos.
31, 32 y 33	- Tuberculosis - Paludismo - Viruela
34 y 35	- Puericultura, mortalidad infantil en España, manera de evitarla. - Cuidados obstétricos y a la infancia: cuidados a la mujer embarazada y en el acto del parto, cuidados del recién nacido, oftalmía purulenta del recién nacido, envoltura higiénica, lavado diario del niño, lactancia maternal, medico escolar, importancia social de la medicina.

Fuente: Adaptado desde Gaceta de Madrid 1917 n 60 (Luque, 1917).

ANEXO 9: Hoja de extracción de datos CAPse.

Lectura crítica de los artículos de revisión: cuestionario CAPSe.

Fuente: elaboración propia a partir de https://redcaspe.org/plantilla_revision.pdf

A/ ¿Los resultados de la revisión son válidos?

Preguntas "de eliminación"

1. ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?

☐ Sí
☐ No
☐ No sé

2. ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?

☐ Sí
☐ No
☐ No sé

Preguntas detalladas

3. ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?

☐ Sí
☐ No
☐ No sé

4. ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?

☐ Sí
☐ No
☐ No sé

5. Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

☐
☐
☐

B/ ¿Cuáles son los resultados?

6. ¿Cuál es el resultado global de la revisión?

7. ¿Cuál es la precisión del resultado/s?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

☐
☐
☐

C/¿Son los resultados aplicables en tu medio?

8. ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decision?

☐	Sí
☐	No
☐	No sé

9. ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio? SÍ, NO, NO SÉ.
10. ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decision? SÍ, NO, NO SÉ.
11. ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes? SÍ, NO, NO SÉ.

ANEXO 10: Tablas de inclusión y exclusión de artículos

Autor	Año	Metodología	Hallazgos
(Moruno & Rodríguez)	2009	Revisión	La enfermería no solo tuvo implicaciones profesionales sino también políticas, y se convirtió en una forma de que las mujeres demostraran su patriotismo y su emancipación, según el bando.
(Anton-Solanas, Isabel)	2010	Revisión bibliográfica (tesis doctoral) desde fuentes primarias	La evidencia confirmó la hipótesis de que la Guerra Civil ejerció un impacto positivo en la enfermería española.
(Valls Molins et al.)	2015	Exposición a partir de relatos autobiográficos	La guerra dotó a la enfermería de herramientas únicas y de prestigio internacional.
(López Vallecillo, Maria)	2016	Exposición mediante fuentes primarias.	El trabajo de las enfermeras del bando franquista ayudó a consolidar la profesión y emancipar a muchas mujeres, aunque desde 1939 el proceso quedó paralizado y vacío.
(Nelson et al.)	2020	Revisión	Las enfermeras españoles eran muy capaces, profesionales y dotadas de entrenamiento, y fueron olvidadas durante el franquismo.
(Aguado et al.)	2019	Histórico-descriptivo	La enfermería y las mujeres fueron capaces de dar respuesta a una demanda sanitaria muy alta en un contexto abrupto. La revolución de la salud pública jugó un importante papel en el desarrollo de la enfermería.
(de Dios-Aguado et al., 2020)	2020	Histórico-descriptivo	El Gobierno de la Segunda República española atribuyó importancia a la higiene

			en el ámbito sanitario y doméstico. Llegada la Guerra Civil, España sufrió carencias de cuidados sanitarios a nivel civil y militar. Durante la posguerra, la identidad de parte de la enfermería fue omitida y olvidada.
(López et al.)	2021	Revisión documental	La formación fue diferente en cada bando, con importantes diferencias pero alto nivel formativo.
(Escribano Ruiz)	2022	Revisión a partir de un estudio autobiográfico y de fuentes primarias.	Las situaciones extremas de la Guerra dotaron al personal enfermero de una mayor autonomía e independencia profesional.

Ejemplo del procedimiento seguido a cabo para excluir artículos:

Autor	Motivo de exclusión
(Anton-Solanas, I. et al., 2019)	La revisión se centra en las enfermeras internacionales y su influencia en las españolas. Se excluye porque nuestro objetivo es ponderar la evolución de la enfermería nacional.
(Siles González, J. et al., 1998)	Excluido tras la lectura parcial de su introducción. Los objetivos no coinciden con nuestro trabajo.
(Hanson, 1995)	No se encuentra abstract, no es de acceso libre y el título no da mucha información acerca de su contenido. Mala indexación.