

# Concepción Arenal: pionera del trabajo social sanitario en España

Francisco Idareta Goldaracena  
*Universidad Pública de Navarra*

## Resumen

El trabajo social sanitario surge a comienzos del siglo XX de la mano de Richard Cabot y de Ida Cannon en el Hospital General de Massachusetts. Por ello, el objetivo de este trabajo consiste en explicar de forma sucinta, primeramente, las contribuciones de Richard Cabot y de Ida Cannon y, seguidamente, las de Nicasio Landa y Concepción Arenal para, finalmente, mostrar las similitudes y diferencias halladas entre EE. UU. y España en el proceso de surgimiento del proto-trabajo social sanitario. Se ha utilizado una metodología histórico-sistemática. La novedad de esta aportación radica en que es la primera vez que se considera a Concepción Arenal como la primera proto-trabajadora social sanitaria de la historia del trabajo social en España.

Palabras clave: trabajo social sanitario; Richard Cabot; Ida Cannon; Nicasio Landa; Concepción Arenal

## Concepción Arenal: pioneer of Health Social Work in Spain

### Abstract

Health Social Work emerged at the beginning of the 20th century with Richard Cabot and Ida Cannon at the Massachusetts General Hospital. Therefore, the aim of this paper is to explain succinctly, firstly, the contributions of Richard Cabot and Ida Cannon, secondly, those of Nicasio Landa and Concepción Arenal, and finally, to show the similarities and differences found between the USA and Spain in the process of the emergence of proto-Health Social Work. A historical-systematic methodology has been used. The novelty of this contribution lies in the fact that it is the first time that Concepción Arenal has been considered as the first proto-health social worker in the history of Social Work in Spain.

Keywords: Health Social Work; Richard Cabot; Ida Cannon; Nicasio Landa; Concepción Arenal

Fecha de recepción del original: 13 de mayo de 2021; versión definitiva: 8 de julio de 2021.

Francisco Idareta Goldaracena, Profesor Titular de Universidad en el Departamento de Sociología y Trabajo Social, Área de conocimiento: Trabajo Social y Servicios Sociales, Universidad Pública de Navarra, Despacho 2012 del Edificio de Las Encinas, Campus de Arrosadia, 31006 Pamplona.

TL: +34 948169469 (ext. 9469); E-mail: francisco.idareta@unavarra.es; ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0325-5298>

# Concepción Arenal: pionera del trabajo social sanitario en España

Francisco Idareta Goldaracena  
*Universidad Pública de Navarra*

## 1. Introducción

Pese a que hallamos antecedentes del trabajo social sanitario en otros países (Cullen, 2013) y que sabemos que surgió en EE. UU. a principios del siglo XX de la mano del médico Richard Cabot y de la trabajadora social Ida Cannon (Colom, 2008; Girón, Lapiedra, Sánchez y Sarregui, 2012; Gehlert, 2019), desconocemos cuáles fueron los orígenes del mismo en España y si este guarda algún tipo vínculo con aquel. En este sentido, se ha defendido recientemente (Idareta, 2020a) que Concepción Arenal es la primera proto-trabajadora social de la historia del trabajo social en España. Efectivamente, en aquella época no existía el trabajo social, pero su propuesta, como se muestra en el estudio señalado, tiene mucho que ver con lo que posteriormente se fundaría como tal. No obstante, apenas se ha estudiado si su propuesta guarda relación con el proto-trabajo social sanitario.

Para Concepción Arenal la salud era otra cuestión social más que, como todas las demás (educativa, económica, política, etc.), ella entendía como moral. En sus palabras: “la cuestión social es cuestión moral” (1880b, Carta 3<sup>a</sup>) y, por ello, también en la salud lo fundamental es respetar la dignidad de todas las personas. Por eso las reformas sociales que propuso eran esencialmente reformas morales: “todo fenómeno moral es social, puesto que pasa dentro de la sociedad e influye en ella” (1880b, Carta 13<sup>a</sup>). Concepción Arenal poseía un conocimiento exhaustivo de los problemas que se originaban en los hospitales, la forma en que se debían organizar, así como el modo en que los médicos y las visitadoras sociales debían ayudar a sus pacientes. De hecho, ella dirigió un hospital de sangre a petición del médico navarro Nicasio Landa. Por tanto, ¿guarda su propuesta relación con las primeras propuestas de trabajo social sanitario estadounidense? ¿podríamos hablar de Concepción Arenal como proto-trabajadora social sanitaria? ¿contribuyó su propuesta a sentar los pilares del trabajo social sanitario en España?

Para esclarecer estas cuestiones, nos hemos propuesto explicar brevemente las contribuciones de Richard Cabot y de Ida Cannon, a continuación las de Nicasio Landa y de Concepción Arenal para, seguidamente, mostrar las similitudes y diferencias halladas entre EE. UU. y España en el proceso de surgimiento del proto-trabajo social sanitario. Con este propósito hemos realizado un análisis secundario de fuentes primarias y secundarias. Principalmente hemos analizado libros y artículos de los autores mencionados para conocer de primera mano sus contribuciones originales. No obstante, hemos logrado dar con textos originales de algunos autores (de Cabot, Landa y Arenal) gracias a las investigaciones que otros autores han realizado sobre aquellos (correlativamente, Rappaport, 1996; Viñes, 2014; Lacalzada, 2012). También con fuentes secundarias que respaldan nuestras hipótesis iniciales (Gómez, 1946; Garchar y Kaag, 2014; Arriabalaga, 2019; Hibbs, 2021...).

## 2. Orígenes del trabajo social sanitario: Richard Cabot y Ida Cannon

Richard Clarke Cabot (1868-1939) fue el médico estadounidense que ideó el trabajo social sanitario (Colom, 2008; Girón, Lapiedra, Sánchez y Sarregui, 2012). Su padre, James Elliot Cabot, había estudiado derecho y arquitectura y se codeaba con las figuras más destacadas del panorama intelectual estadouniden-

se: Ralph Waldo Emerson, Thomas Davidson, William James y Josiah Royce. La familia Cabot sintonizaba con el trascendentalismo de Emerson. El aristotélico Davidson también influyó en la formación de Richard Cabot, que acudía con asiduidad al Club de Metafísica a través del cual profundizó en las contribuciones de Hume, Kant y Hegel. El pragmatismo de James y el idealismo de Royce inspirarán las contribuciones de Cabot (Garchar y Kaag, 2014). No obstante, un acontecimiento marcaría su vida y su sentido de la responsabilidad: la eutanasia que tuvo que practicar a su hermano Ted ante la ineficacia de los tratamientos administrados, que no evitaban los fuertes dolores provocados por su insuficiencia renal (Garchar y Kaag, 2014). Esto influyó considerablemente en la formación de Cabot, que se licenció en 1889 *summa cum laude* en filosofía en Harvard College.

En 1890 comenzó sus estudios de medicina en Harvard junto con su amigo Walter Cannon (hermano de Ida Cannon) y se doctoró en 1892. Fue uno de los pocos médicos estadounidenses que adquirió formación de posgrado a tiempo completo en investigación en laboratorio (Dodds, 1993). De hecho, trató de aunar la filosofía y la medicina investigando los efectos médicos de la fe (Cabot, 1894). Entre 1895 y 1930 desarrolló las Conferencias Clínico-Patológicas en torno al diagnóstico diferencial. En ellas, fiel a sus convicciones y su sólida formación filosófica y médica, se destila su particular forma de entender la medicina al armonizar en el método de casos la perspectiva ética y la epistemológica, la razón y la experiencia. Un método de casos que fue propuesto por el fisiólogo de Harvard Walter Cannon (aunque este se inspirase en el estudio de casos reales llevado a cabo por un colega de habitación que estudiaba la carrera de derecho), pero que popularizó Cabot (Praglin, 2007; Garchar y Kaag, 2014).

En 1898 fue nombrado médico de consultas externas del Hospital General de Massachusetts hasta convertirse en 1912 en uno de sus directores. Como médico de consultas externas, comprobó que para atender debidamente a sus pacientes, era imprescindible tener en cuenta su situación social, por lo que solicitó la colaboración de una trabajadora social para que le ayudase a crear el Servicio Social Médico en dicho hospital. Así, en 1905 contrató a Garnet Pelton, quien, al contraer tuberculosis, se vio obligada a abandonar la plaza a los seis meses. La sucedieron en el puesto Gertrude Farmer, Augusta Burgess y Edith Burleigh (Rappaport, 1996). Hasta que en 1907 Ida Cannon (1877-1960) se puso al frente del Departamento de Servicio Social Médico de dicho hospital, jubilándose en 1946.

Cannon comparte la filosofía de Cabot, convencida de la ineficacia de la práctica médica si no se consideran las condiciones sociales que afectan a la enfermedad. Se graduó en enfermería en 1898. Mientras estudiaba sociología y psicología en la Universidad de Minnesota, una conferencia de Jane Addams sobre las condiciones de vida de los pobres marcó su vida, ya que con posterioridad profundizó en el vínculo existente entre las condiciones sociales (pobreza, ocupación) y la enfermedad como enfermera visitante del St. Paul Associated Charities. Por todo ello, en 1906 decide estudiar trabajo social en Boston, trasladándose a casa de su hermano Walter Cannon, a través del cual conocerá a Richard Cabot. De hecho, ese mismo año comenzó a trabajar como voluntaria en el Hospital General de Massachusetts, donde obtuvo plaza un año más tarde entrando a formar parte del equipo de Cabot, junto al cual perfiló los parámetros del modelo de trabajo social sanitario (Praglin, 2007). En la misma línea que Cabot y como trabajadora social y enfermera, en los seminarios impartidos en diferentes hospitales estadounidenses insistió en que las trabajadoras sociales sanitarias debían tener una sólida formación médica y social, así como en la importancia del diagnóstico social sanitario y del registro de las historias médico-sociales. Investigó sobre los efectos de la actividad laboral en la enfermedad y trató de promover la participación ciudadana.

No obstante, dado que fue Cabot el primero en desarrollar la idea de trabajo social sanitario, profundizaremos primeramente en su propuesta y, seguidamente, en la de Cannon. Según Cabot (1909, pp. 30-31), “la ciencia sin humanidad se vuelve árida y, finalmente, se desvirtúa. La humanidad sin la ciencia se convierte en algo superficial”. Por ello, en su propuesta, Cabot armoniza epistemología y ética, ya que entiende que sin moral, la ciencia se devalúa (Illhardt, 2001). Según Garchar y Kaag (2014: 563), inspirándose en su padre, así como en Emerson, Davidson, James y Royce, Cabot concibe que “la ética no podía separarse de la epistemología y la metafísica. La búsqueda de la verdad y el bien pueden ser analíticamente separables, pero en el cultivo de una vida virtuosa se refuerzan mutuamente”. Esto es algo que se pone de manifiesto en la concepción del método de casos que traslada en las Conferencias Clínico-Patológicas. En estos cursos

formativos insistía en que, a la hora de realizar el diagnóstico diferencial, el error es fundamental para el progreso de la ciencia. Desde su punto de vista, la identificación de los propios errores era fundamental para fundamentar la responsabilidad moral del sujeto, ya que cuando este asume el fracaso, toma conciencia de su condición de agente moral autor de la acción.

Según Cabot, el ser humano es vulnerable, puede equivocarse en sus creencias y expectativas, comete errores y, precisamente por ello, debe perfeccionarse, debe mejorarse, debe cultivar sus cualidades para llegar a ser la mejor versión de sí mismo. Cabot (1906a: 27) entiende que el dolor y el sufrimiento que se originan cuando cometemos errores forjan nuestro carácter y nos ayudan a ser mejores personas: “nuestros fracasos nos miran con mudo reproche desde los ojos del enfermo”. Considera que, para ser un buen profesional, hay que forjarse un buen carácter como persona a lo largo de la vida. Este planteamiento aristotélico lo combina con la propuesta de determinados deberes morales con los que debe cumplir el profesional en el proceso de empoderamiento del sujeto: darle nuestra confianza, decirle la verdad, considerar los factores psicológicos y sociales del caso, así como el aspecto material y económico del problema y, por último, hacer el seguimiento de la nutrición, el sueño, la vivienda, la ropa, la temperatura corporal, el peso y los síntomas de la enfermedad (Cabot, 1906b). De este modo, combina la ética de las virtudes intelectuales y morales con una ética del deber (Illhardt, 2001; Garchar y Kaag, 2014).

No obstante, los deberes morales para Cabot deben adaptarse al contexto y a la persona concreta y, precisamente por ello, orientarse a la reciprocidad y a la tarea. Sin el conocimiento exhaustivo del contexto y de la persona, las normas y los principios éticos dejan de tener sentido. De hecho, se comprenderán mejor la aplicación, la justificación y la necesidad o no de la norma, cuanto mejor conozcamos el contexto y la persona. El deber moral comprendido de este modo es el que forja nuestro carácter. Por ello, Cabot (2008: 146) entiende que las virtudes se forjan adaptando constantemente los deberes morales a cada circunstancia específica del sujeto singular, exigiendo para ello al profesional máxima atención y concentración, “presencia de espíritu”. Desde su punto de vista, “la oportunidad es siempre ahora o nunca para nosotros, y cada día es el día del juicio” (Cabot, 1914: 291).

En sintonía con la Asociación Médica de Nueva York (Burns, 1965), Cabot rechazó los principios propuestos por Thomas Percival en su Código de Ética Médica de 1803 que, con posterioridad, fueron aceptados casi literalmente en el Código de Ética Médica estadounidense de 1846 (Garchar y Kaag, 2014). Percival defendía la apariencia de médico virtuoso, aunque su práctica no se correspondiese con ello en absoluto, así como que los médicos no compartiesen el diagnóstico médico con sus pacientes. Por su parte, Cabot defiende el médico virtuoso y la honestidad al comunicar el diagnóstico al paciente. La virtud para Cabot (1909) es esa que se mantiene cuando nadie mira, cuando las cosas se complican o cuando la experiencia contradecía a la costumbre. Una virtud que, siguiendo a Aristóteles, consiste en adaptar con excelencia el deber moral a una situación concreta. Como señala Illhardt (2001) el sujeto virtuoso debe incluir “criterios de sus propias capacidades [...] en el plan de acción o tratamiento. Lo que alguien es ‘capaz de hacer’ es posiblemente lo más importante y decisivo para la moralidad real que la concepción [...] idealista de las normas” (p. 252).

En definitiva, aunque Cabot (1918: 49) considere que ser virtuoso “es difícil”, apuesta porque el profesional cultive un buen carácter como persona. De ese modo, para ser un buen médico o un buen trabajador social sanitario, debemos esforzarnos por ser mejores personas, cultivando nuestro carácter para ayudar a que la persona a la que atendemos se empodere. Cabot entiende que el bienestar del paciente depende del carácter del médico, quien debe esforzarse por ser mejor persona, consciente de que, de ese modo, lo beneficiará mucho más. No obstante, con la forja de un buen carácter como persona, no sólo se beneficia el paciente, sino que también lo hará el médico, ya que tratando de ser excelente y conectando de ese modo con la singularidad del paciente, disfrutará de su ejercicio profesional. Por ello, desde su punto de vista, quien quiera ser un buen trabajador social sanitario, debe esforzarse por forjarse un buen carácter y formarse permanentemente. Este será el conocimiento que le brindará la posibilidad de estar en el mundo de forma diferente con los demás y consigo mismo, aspirando en todo momento a la excelencia.

Ida Cannon compartía la cosmovisión de su mentor y, por ello, en 1912 comenzó a formar a alumnado de medicina, enfermería y trabajo social en el Hospital General de Massachusetts y en la Escuela

de Trabajadores Sociales de Boston, estableciendo planes de estudio y programas formativos que fueron adoptados por trabajadoras sociales de diferentes hospitales estadounidenses (Cannon, 1952). Diferenció la labor de la trabajadora social sanitaria de la de los agentes de organizaciones de caridad, especificando que “la aplicación de los principios de la filantropía moderna a los enfermos pobres, el cuidado y la enseñanza en sus casas, más bien son los métodos y los objetivos principales del servicio social hospitalario” (Cannon, 1917: 340). Según Cannon (1917: 1), el trabajo social sanitario “busca entender y tratar las complicaciones sociales de la enfermedad” estableciendo así una estrecha relación entre los médicos y las trabajadoras sociales, ya que, desde su punto de vista, “lo que necesitamos es un diagnóstico conjunto médico-social de la condición de un paciente elaborado por el médico y el trabajador social sanitario” (*Ibidem*: 170). Para Cannon (1917) tales diagnósticos deben ser complementarios. Por ello, siguiendo con el propósito de Cabot (2008), Cannon trató de vincular el trabajo social sanitario con diferentes entidades (hospitales, organismos religiosos, casas de acogida, etc.) y utilizó el método de casos (Cannon, 1952) destacando la importancia de la “cooperación entre las agencias médicas y sociales” (Cannon, 1917: 129). También logró que el Hospital General de Massachussetts colaborara con los servicios sociales de la comunidad y que diferentes organizaciones (Cruz Roja, organizaciones de caridad, etc.) trabajaran en aquel, ayudando a que estas tomaran conciencia de la relevancia de los aspectos médicos en la situación social de los pacientes (Rappaport 1996).

### 3. Orígenes del proto-trabajo social sanitario en España

En España, hallamos un vínculo similar al que se estableció entre Richard Cabot y Ida Cannon, entre la medicina social y el proto-trabajo social: concretamente, el que se fraguó entre el doctor Nicasio Landa (1830-1891) y la *proto-trabajadora social* Concepción Arenal (1820-1893). Nicasio Landa fue un prestigioso médico de hospital y de campaña que destacó por su enfoque ético y de medicina social, así como por su capacidad como organizador y estrategia en la gestión de recursos sanitarios. Su perspectiva ética y su espíritu humanista quedaron reflejados en el título de la revista que dirigiese (*La Caridad en la Guerra*), así como en el lema que caracterizó a la Cruz Roja por él co-fundada: *el enemigo herido, es hermano*. Para Landa (1856: 10), el progreso, además de material, debe ser moral, ya que “el bienestar sin instrucción solo engendra el vicio y el libertinaje, origen de tantas enfermedades, mientras que la instrucción sin el bienestar es manantial fecundo de los trastornos morales, así sociales como patológicos”.

La comparación entre Landa y Arenal se establece a raíz de la creación de la Cruz Roja Española y la presencia de Concepción Arenal en los hospitales del frente de batalla. En este sentido, Landa (1877: 41) considera que la guerra es “un medio para defender los derechos naturales [...] y no tiene otro objeto que la paz”. No obstante, señala que si la guerra es inevitable, lo mínimo que se puede hacer es humanizarla, ya que, desde su perspectiva, el objeto de la guerra no es matar, sino desarmar al enemigo: “no, no es verdad que sea infinito el derecho de la guerra; limitado está por la moral que lo justo le prohíbe y que reduce el derecho de defensa a lo estrictamente necesario” (*Ibidem*: 43). Landa (1877) denunció la esclavitud y la pena de muerte, abogando por penas proporcionadas, ya que confiaba en la justicia, así como en las capacidades de las personas y, como liberal cristiano-reformista convencido, entendía que la libertad individual debía ser reconocida como derecho humano, siendo para él el sufragio universal el único que respetaba la dignidad del sujeto y los derechos de la ciudadanía.

Por su parte, desde su tesis doctoral, Landa (1856) se interesa por el modo en que afectan los factores sociales y medioambientales en la salud de las personas, es decir, por la medicina social y por la salud pública (Viñes, 2014). En este sentido, ha sido considerado reformador psiquiátrico en Navarra (Aztarain, 2005), ya que, como se puede comprobar en su *Proyecto de un Manicomio Agrícola* (1868), pudo seguir la estela de los reformadores norteamericanos de asilos del siglo XIX que defendían las causas sociales de la enfermedad mental. Landa no sólo se caracterizó por sus valores filantrópicos y su humanitarismo, sino también por estar al tanto de los últimos avances en medicina, así como de las últimas corrientes y modelos de asistencia

psiquiátrica en Europa, aprovechando la oportunidad de conocer y de aprender que le brindaron los viajes que tuvo que realizar a diferentes países (Viñes, 2014).

La confluencia entre la medicina social de Nicasio Landa y el proto-trabajo social de Concepción Arenal surge en plena contienda bélica: durante la Tercera Guerra Carlista (1872-1876). La Cruz Roja Internacional fue fundada en 1863 como sociedad de socorro que tenía como propósito prestar asistencia sanitaria a los heridos en el campo de batalla de forma neutral. Desde su perspectiva, el soldado dejaba de ser enemigo desde el momento en que caía herido. De ahí el lema anteriormente señalado (*el enemigo herido, es hermano*). Landa asistió a la Conferencia Internacional de Ginebra en la que fueron aprobadas las bases de dicha asociación. De hecho, gracias a sus intervenciones en la misma, fue conocido y reconocido en el panorama nacional e internacional (Viñes, 2014). Un año más tarde, se fundará la Cruz Roja Española.

La perspectiva ética que le lleva a defender la dignidad y la fraternidad de las (y con las) personas combatientes la plasmará tres años más tarde en su *Derecho de guerra conforme a la moral* (1877) que, como señala Viñes (2014: 107), “es un tratado de ética, avanzado para su época, y que constituye un hito en la bibliografía bélica”. Un documento que, desgraciadamente, no fue suficientemente valorado por sus superiores y que, consiguientemente, fue desestimado como manual de referencia en la formación militar de la época. Posteriormente, tras ser nombrado Inspector General de la Cruz Roja Española, fundó en Pamplona la revista *La Caridad en la Guerra* en 1868. Fueron años en los que Landa se dedicó a formar a civiles y militares, a gestionar recursos, pero sobre todo, a captar miembros y a organizar asociaciones, habida cuenta de que él no podía llegar a todo.

Durante estos años la labor de la Cruz Roja Española fue muy valorada y, tras la solicitud de ayuda de Landa frente a la guerra civil que se avecinaba, en 1872 se recibieron ayudas de gran parte de las provincias, de entre las cuales destacó la recibida por la Sección Central de Señoras de Caridad de la Cruz Roja de Madrid creada en 1870, con la duquesa de Medinaceli como presidenta y Concepción Arenal como secretaria general (Simón, 2001). En 1873 se funda la Asociación Católica para el Socorro de los Heridos, también denominada La Caridad, constituida principalmente por Hermanos de San Juan de Dios y de Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl, supliendo así la ausencia de sanidad militar carlista.

Así, mientras que la Cruz Roja se hacía cargo de los soldados heridos del bando liberal y carlista, La Caridad pretendía lo mismo únicamente con el bando carlista, sin que pudiese ser homologada por la Convención de Ginebra por no pertenecer a ninguna nación reconocida. Las fricciones entre ambas asociaciones surgieron porque ésta última impedía actuar a la primera. Miembros de la Cruz Roja eran atacados por los de La Caridad mientras aquellos atendían a los soldados heridos.

Pese a todo, la Cruz Roja fue acusada de antirreligiosa, así como de no socorrer a los soldados carlistas, entre otras imputaciones. Fue perdiendo seguidores y credibilidad paulatinamente, hasta que sus miembros empezaron a correr peligro de muerte en el campo de batalla. De hecho, mientras que La Caridad recibía apoyo de las órdenes religiosas, así como de las monarquías y de los imperios europeos, la Cruz Roja dejó de recibir recursos, apoyo social y político hasta verse obligada a suspender su actividad (durante 19 años en el caso del Comité de Pamplona) (Viñes, 2014). Es en este momento cuando, como veremos, Concepción Arenal salió en defensa de la Cruz Roja.

Arenal puede identificarse dentro de una corriente internacional humanista, liberal progresista y cristiano reformista que, con el tiempo, estaría próxima al socialismo humanista de Fernando de los Ríos (Lacalzada, 2012). Recientemente, ha sido estudiada su contribución al trabajo social, ya que contribuyó a sentar los cimientos ético-científicos de esta disciplina profesional desde valores europeos, erigiendo su propuesta sobre la ética de la compasión (Idareta, 2020b).

Así, como se comprueba en las cartas que publicase, había mostrado plena sintonía con el Primer Convenio de Ginebra de 1864, con la Cruz Roja Internacional y con la Cruz Roja Española desde su fundación, así como con la cosmovisión filantrópica de Landa, dando a conocer en 1870 *La Caridad en la Guerra* de Nicasio Landa en *La voz de la caridad*, revista que ella dirigiese, e indicando sobre la Cruz Roja que “ya sabéis que hay *caridad en la guerra*, y numerosas asociaciones que mandarán su material y sus voluntarios a los campos y a los hospitales, para recoger y cuidar a los pobres heridos” (Arenal, 1900a: 109). Según Arenal, “la *caridad en la guerra* es la celestial precursora de LA PAZ” (*Ibidem*: 235).

En el contexto bélico español, *La voz de la caridad* pasó a ser desde enero de 1874 el órgano oficial de la Cruz Roja durante algunos meses (Lacalzada, 2012), donde Concepción Arenal destacó la “ruda prueba” que la asociación de socorro estaba atravesando por ser aconfesional y apolítica (Arenal 1900b: 398), tratando así de despertar la conciencia de humanidad de sus lectores (Hibbs, 2021). En abril de 1874, la guerra carlista se recrudece en el Norte: Landa asume la dirección de la Cruz Roja de Bizkaia y Santander y monta varios hospitales de sangre en esta ciudad, mientras que La Caridad cuenta con cuatro hospitales en Santurce en los que se atiende a heridos carlistas.

La Cruz Roja no contaba con las ayudas suficientes en la contienda de Bilbao y la Sección Central de Señoras de la Caridad de la Cruz Roja de Madrid decidió enviar una ambulancia que fue atacada antes de llegar a su destino. Por lo que, a sugerencia de Landa, con el material disponible, Concepción Arenal, por entonces secretaria general de dicha Sección de Señoras, se hizo cargo de organizar y dirigir el Hospital de Sangre en Miranda de Ebro.

La sintonía entre las cosmovisiones filantrópicas de Landa y Arenal es patente no sólo en el análisis de las narrativas humanitarias (Arrizabalaga, 2019), sino a lo largo de todas sus obras (Hibbs, 2021). A nuestro juicio, dos son los elementos transversales de sus obras que analizaremos a continuación: la caridad como compasión y la consideración de persona. Probablemente debido a la sintonía que ambos autores tenían con corrientes internacionales humanistas y reformistas, a la caridad ambos autores le atribuyeron un significado diferente al que le asignaban los católicos antiliberales. La caridad que profesan Landa (1877) y Arenal (1870) se desmarcaba de la promulgada por la ortodoxia católica del momento, ya que no consistía en moralizar, ni en culpabilizar, ni en aislar del contexto a los sujetos, sino que la entendían como un deber moral que reclamaba justicia social y que, precisamente por ello, hermanaba, ya que instaba a hacer el bien y a acercarnos a nuestros semejantes, permitiéndonos así conectar con las personas y acompañarlas en su proceso de empoderamiento, fuesen éstas del credo que fuesen.

Ambos buscaron sensibilizar y conmover a la ciudadanía, despertando su sentimiento de humanidad y su compasión frente a los horrores de la guerra. Tanto Landa como Arenal eran conscientes de que las y los ciudadanos eran activos fundamentales con los que garantizar la necesaria ayuda humanitaria. Ambos creían en la bondad natural del ser humano, así como en sus capacidades y apelaban a la compasión de la ciudadanía para reclamar su participación voluntaria en la provisión de recursos y efectivos, así como a la compasión del ejército para que se concienciasen de que un soldado herido o enfermo era un hermano y no un enemigo.

Efectivamente, pese a que Landa y Arenal procediesen de ámbitos diferentes, lo cierto es que les unía su amor a la humanidad, que expresaban invitando a practicar la compasión y encarnándola. Ambos entendían que las condiciones para que se originase la compasión eran el sentimiento y la razón: el sentimiento que hace insoportable presenciar el sufrimiento ajeno y su racional extensión imparcial a todos los seres humanos. En el caso de Arenal, sobre estas condiciones de posibilidad (sentimiento y razón) se ordenarían, desde nuestro punto de vista, los siguientes componentes analíticos de la compasión: el sentimiento de amor hacia las personas que sufren y la conciencia de humanidad que propicia la interconexión con todas ellas<sup>1</sup>.

Con respecto a la consideración que tenían de la persona, gracias a las gestiones realizadas por Landa con el comité navarro, lograron que cualquier herido fuese indultado y atendido por la Cruz Roja. De todo

---

1 Estos dos componentes analíticos se explicitan en la siguiente cita: “la compasión filosófica [...] auxilia al desdichado por amor a la humanidad y la conciencia de su dignidad y de su derecho” (Arenal, 1861: 76). El amor por la humanidad sufriente es una constante en la obra de Arenal (1863): “amor, amor, siempre amor; he aquí nuestro objeto, nuestro medio, nuestra arma casi irresistible” (p. 118), ya que, según ella “hay un camino seguro para llegar a todo corazón que padece, y este camino es el amor” (p. 267). De hecho, como consecuencia del amor al que sufre, Arenal plantea la resignación y la abnegación. Ambas tienen que ver con el modo en que gestionamos (compadecemos) el dolor propio y el ajeno: la resignación nos pone en el camino de la autocompasión y la abnegación en el de la compasión hacia los demás y para que se origine la segunda debe darse la primera. Por su parte, gracias a la conciencia de humanidad, es decir a la conciencia de que todas y todos somos seres humanos, tomamos conciencia de nuestra interdependencia y de la interconexión con los demás, de que el dolor es inevitable en la vida y de que estamos en este mundo gracias a los sacrificios que han realizado otras personas. Tanto para Arenal como para Landa, esta conciencia de humanidad exige proximidad (simpatía), observancia del deber (moral y legal) y voluntad de justicia. De ese modo, la compasión da lugar a una justicia compasiva, menos vengativa y punitiva, mucho más centrada en la equidad y en el refuerzo de la norma como ambos autores pusieron de manifiesto.

ello se trasluce la importancia que para Landa tenía la defensa de la dignidad humana incluso en contextos bélicos. Como rezaba el encabezamiento de cada portada de su revista (*Hostes dum vulnerati, frates*), aunque el sujeto fuese enemigo, si estaba herido, debía ser considerado como un hermano. La dignidad nos iguala, nos hermana y esta fraternidad es la que nos lleva a sentir compasión por nuestros congéneres y a reclamar justicia social para con los más vulnerables, sean estos heridos o enfermos.

Teniendo probablemente muy presente en todo ello a su hijo, soldado también en el ejército liberal, Arenal se esmeró porque, ciertamente, en el hospital que dirigía se atendiese tanto a heridos como a enfermos, ya que, por aquel entonces se tendía a atender antes a los heridos que a los enfermos, así como a los oficiales antes que a los soldados. Esto es algo que quedó magistralmente reflejado en las cartas *Desde un hospital* (1900b), así como desde *Cuadros de Guerra* (1880c). Del mismo modo que Cabot (2008), para Arenal toda persona es digna de respeto y cuidados médicos, esté herida o enferma, sea o no oficial. Cuando un soldado enfermaba, Arenal (1900b: 43-44) afirmaba que “no figurará como tal porque no murió en un campo de batalla, ni de resultas de las heridas”. La discriminación sufrida por los soldados (que sólo podían ser atendidos en consulta) frente a la atención recibida por sus oficiales (que podían serlo en cualquier lugar), la explica Arenal preguntándose por qué no se utilizaba el tren para trasladar a los soldados heridos como ya se había hecho previamente con los oficiales heridos (Arenal, 1880c).

Frente a esta discriminación, Arenal (1900b: 481) defiende que los soldados son personas dignas que merecen el mismo respeto que sus superiores, ensalzando la resistencia de los primeros frente al dolor físico e indicando que “muchos [de ellos] a quienes podríamos enseñar a leer nos enseñan a sufrir”. También traslada las consideraciones tan diferentes que tienen de las bajas de los soldados sus oficiales y sus madres: “una baja, pérdida que no es nada para el mundo, [...] [pero] lo era todo para la pobre madre” (*Ibidem*: 517).

#### 4. Richard Cabot y Concepción Arenal: similitudes y diferencias

Pese a que pertenecen a diferentes épocas, lo cierto es que la sintonía de Arenal con Cabot y Cannon es patente. Por ello, y dado que Cabot se refiere específicamente al cometido de las trabajadoras sociales sanitarias en *Ensayo de Medicina Social* (2008), compararemos las propuestas de trabajo social sanitario de este y la de proto-trabajo social de Concepción Arenal, al considerar que Cannon compartió y divulgó la cosmovisión cabotiana.

Ya hemos indicado previamente que Concepción Arenal ha sido considerada la primera proto-trabajadora social de la historia del trabajo social en España, ya que en su propuesta se traslada la idea del “social worker” de los últimos años” (Gómez, 1946: 38). Para ella, la salud era una cuestión social y, como tal, una cuestión moral, ya que en ella estaba en juego la dignidad y la perfectibilidad de los seres humanos. Ella se refería a que los sujetos debían tener cubierto lo necesario fisiológico, psicológico y moral como mínimos indispensables para conservar la salud (Arenal, 1880a, Carta 2ª). Luchó contra el “dogmatismo del microscopio, del escalpelo y de la balanza” (Arenal, 1891: 33), convencida de que era necesario conocer a fondo las condiciones sociales del enfermo para garantizar su dignidad y su perfectibilidad. No bastaba con estudiar los aspectos físicos de la enfermedad, sino que había que estudiar el contexto social que afectaba al enfermo: “para la ciencia médica, [las personas] sucumben de esta ó de la otra enfermedad; pero la ciencia social sabe que *mueren de trabajo*” (Arenal, 1897: 240). Para Arenal “á la dolencia física va unida la moral en sumo grado [...] [por lo que debemos] intentar la curación del espíritu al mismo tiempo que la del cuerpo” (*Ibidem*, pp. 419-420).

Para Arenal el problema radica en que en los hospitales se sigue estudiando al sujeto como si únicamente fuese un organismo, haciendo caso omiso de lo que la ciencia señalaba a este respecto: “el problema [...] puede resolverse [...] por la ciencia que parte del hombre como es, un ser moral y material, y cuyo bienestar no puede quedar nunca reducido a un mecanismo, ni realizarse sin el concurso de su voluntad y de su esfuerzo” (Arenal, 1880a, Carta 3ª). La insistencia de Cabot (1918: 45) apunta en la misma línea con respecto al paciente, ya que el médico “tiende a olvidar todo lo que había aprendido previamente en cuanto a las



‘humanidades’ [...] y especialmente a ignorar las diferencias de los individuos y su necesidad de tratamiento individual”. En definitiva, hay que “atender a sus necesidades económicas, mentales y morales” (Cabot 2008: 42) para “intentar el mejoramiento de su estado sanitario” (*Ibidem*: 47).

Ambos armonizan epistemología y ética en sus propuestas, ya que Arenal entiende la verdad como conocimiento del bien y del deber de hacerlo (Lacalzada 2012) y Cabot considera que somos mejores cuando ensayamos y eliminamos el error (Garchar y Kaag 2014), vinculando así el progreso científico y el ético. Tanto para Arenal como para Cabot, la ciencia y la moral se encuentran intrínsecamente entrelazadas. Arenal (1880a, Carta 27<sup>a</sup>) reconoce que “hay muchos que creen que nada tiene que ver la moral con la ciencia [...]; error tan grave como figurarse que son independientes el pulmón y el estómago”. Para ella, es evidente que “la desmoralización no sólo enerva, disipa y destruye la salud corporal, sino que extravía, empequeñece y rebaja las facultades del alma” (*Ibidem*, Carta 27<sup>a</sup>). Para Arenal “la ciencia puesta al servicio del interés o de la pasión, ni se engrandece ni se extiende; vicia en vez de purificar la atmósfera en que vive el espíritu, es una especie de monstruo repugnante o infecundo” (*Ibidem*). Por su parte, para Cabot la medicina, si no es ética, deja de ser medicina (Illhardt, 2001). Y lo mismo cabría decir del trabajo social sanitario, ya que para él “el elemento moral está siempre en juego en los casos sociales” (Cabot, 2008: 100). Para Cabot (2008: 91) tratar únicamente el aspecto físico de la enfermedad del paciente lo pone en peligro. Como reconoce, “si hubiéramos observado su espíritu con tanto cuidado como su pulmón, hubiéramos podido salvarlo”.

Por otra parte, ambos entienden que el ser humano es vulnerable y falible. Al ser vulnerable reclama ayuda de los demás y al ser falible debe velar por perfeccionarse. En este sentido, ambos son aristotélicos por diferentes motivos: entienden que el sujeto es social por naturaleza y que debe esforzarse por mejorar sus virtudes a lo largo de su vida, destacando de entre ellas la compasión. Arenal (1880a, Carta 1<sup>a</sup>) entiende que “nadie hace mal ni bien sin que le toque una parte”, que “tu interés está unido al de los demás, como tu derecho a su derecho, y toda vejación o injusticia, por lejana que la imagines, en ti se refleja, sobre ti influye, a ti perjudica” (*Ibidem*, Carta 20<sup>a</sup>). Mientras que, según Cabot (2008: 141), no somos independientes de la sociedad, ya que “no podemos nunca prescindir de ella”. Todo ello porque entiende que “no queremos depender más que de las potencias centrales del universo, potencias ordenadas y permanentes en las cuales podemos tener confianza” (*Ibidem*).

Arenal entiende el progreso científico y moral como ensayo y eliminación del error (1880a), reconociendo que “los errores se rectifican” (Arenal, 1895: 165) y que “podrías tener razón y yo equivocarme” (Arenal, 1897, pp. 400-401). El error, el fracaso y el dolor, es para Arenal fuente de sabiduría y, por ende, de virtud: “sin lucha, sin contrariedad, sin abnegación, sin prueba, sin sacrificio, sin dolor, en fin, no es posible moralidad ni virtud. ¿Quién cambia los groseros instintos en elevados afectos? El dolor” (Arenal, 1863, pp. 9-10). También en este punto coincide con Cabot (1894, pp. 72-73) para el que el error es siempre una ventaja: “siento [...] que no hacer algo realmente grande será para mí haber fracasado por completo. Nunca he oído ni leído de nadie con tales ventajas”. Como él mismo reconocía, “enfrentándome a mis propios fracasos día a día [...] mi trabajo llegó a parecerme intolerable. No podía [...] enfrentarme a los pacientes cuando tenía tan poco que darles” (Cabot, 1909: 32). Desde su punto de vista, un buen profesional reconoce que debe mejorar técnica y éticamente. Como ya indicásemos previamente, para Cabot la medicina se devalúa sin ética y lo mismo propone para el trabajo social sanitario (Cabot, 2008).

Por otra parte, tanto Cabot como Arenal plantean en su enfoque ético la necesidad de cultivar las virtudes sin prescindir de las obligaciones morales. Para Arenal, la virtud de la compasión es la que activa el deber moral de cada sujeto poniéndolo en disposición de reclamar justicia social (Idareta, 2020b). En el caso del médico, no sólo destaca la virtud de la compasión en sus cartas *Desde un hospital* (Arenal, 1990b), sino que en *Moral médica* (Arenal, 1900c) también establece sus deberes fundamentales: debe ser honrado y prudente, no debe instrumentalizar al paciente y debe consultar con sus colegas y la familia del paciente cualquier innovación en el tratamiento. Por su parte, la virtud fundamental de la visitadora social es también la compasión, además de la dulzura, la firmeza, la exactitud, la circunspección, el celo, la perseverancia y la humildad (Arenal, 1863), así como la perseverancia y la modestia (Arenal, 1891).

Por su parte, Cabot se refiere a la importancia de cultivar las virtudes como persona para poder ser un buen profesional, ejercitando especialmente aquellas que redunden en mayor beneficio para el paciente

(Illhardt, 2001). En el caso del médico, propone la virtud del discernimiento y de la compasión. Mientras que en el caso de las trabajadoras sociales sanitarias, según Cabot (2008: 146) las profesionales deben estar concentradas y tener “presencia de espíritu” cuando atienden a los pacientes, además de comprender que “sufrimos con sus sufrimientos” (*Ibidem*: 154). Cabot entiende la compasión como “confraternidad. Creo que esto es un sentimiento común. Otros son como nosotros” (*Ibidem*: 166). Para Cabot es importante “hacerles comprender [a los pacientes] que nosotros no somos indiferentes a lo que les ocurre y que sufrimos con ellos. Esta es la esencia de la misión del médico y de la inspectora social” (*Ibidem*: 135).

Ambos, como complemento de tales virtudes, establecen una serie de deberes. Arenal (1863, 1891) considera que todo ciudadano tiene deberes para consigo mismo y para con los demás y los establece según su situación social: las personas más acomodadas como los médicos (1900c) y las visitadoras sociales (1863, 1891), que cuentan con mayor formación y recursos para hacer el bien, tendrían un deber positivo, consistente en hacer el bien y el deber negativo de no hacer el mal, ya que este “está antes que el [deber] de hacer el bien” (Arenal 1900c: 64). Por su parte, las personas más desfavorecidas, que tienen dificultades para poder conocer y hacer el bien, únicamente tendrían un deber negativo. Mientras que, para Cabot (2008: 30) las trabajadoras sociales sanitarias deben “buscar los rasgos característicos de cada individuo”, deben “mejorar las condiciones de la vivienda del enfermo, procurarle la mayor cantidad de aire y de sol posibles, darle un buen alimento [e] [...] indicar al enfermo la naturaleza de su enfermedad y lo que debe hacer para combatirla” (*Ibidem*: 34). En resumen, la trabajadora social sanitaria debe “tratar de ayudar al médico a descubrir la naturaleza de la enfermedad, su grado y su razón de ser” (*Ibidem*: 56).

La influencia kantiana se trasluce en ambas propuestas cuando aluden a los móviles morales de las trabajadoras sociales (en el caso de Cabot) y de las visitadoras sociales (en el caso de Arenal). Arenal (1869: 10) señala que “bastaba saber lo que todos sabemos; aquel precepto divino, aquella verdad evidente que cimienta y corona la ley moral: NO HAGAS Á OTROS LO QUE NO QUIERAS QUE TE HAGAN Á TI [sic]. He aquí toda la ciencia del deber”. Para Arenal (1880b, Carta 15ª), en la línea del imperativo categórico kantiano, “el deber no depende de circunstancias” y hemos de tratar al sujeto como fin y no como medio (Arenal 1895). En sintonía con Arenal, Cabot (2008: 81) considera que la trabajadora social sanitaria “debe procurar siempre tratar a los demás como le gustaría ser tratada”. Por otra parte, ambos aluden a la deuda social que todo ser humano contrae para con la sociedad a la que pertenece. Para Arenal (1880b, Carta 11ª) “lo que importa es reconocer en principio las deudas sociales y tener voluntad de pagarlas”, ya que “por una serie de sacrificios de tus padres, vives; por una serie de sacrificios tuyos, vivirán tus hijos” (Arenal, 1880a, Carta 19ª). Mientras que, para Cabot (2008: 165), nos sentimos siempre en “deuda con el Universo” y sorprendidos “viendo cuan poco queda de lo que nos es propio si quitamos lo que se nos ha dado”.

Ambos coinciden en que considerando la dimensión social de la enfermedad del paciente, logramos humanizar la atención que se le dispensa. Todo ello con el propósito fundamental de que el sujeto logre empoderarse. Para Arenal (1863: 17), la compasión hace que el sujeto compadecido decida *motu proprio* rehabilitar su voluntad y orientarla hacia su curación: “el dolor compadecido purifica”, ya que “si la gratitud le conmueve, si empieza a amarnos y a corregirse, o a ello tiene propensión, empieza a comprender” (*Ibidem*: 138). En este sentido, Cabot (2008: 154) entiende que hay que enseñar al paciente a “pensar fuertemente, largamente, a concentrar su espíritu, a tener confianza, [para] ponerle en camino y entregarle algún día a sus propios recursos”. Según Cabot (1906b: 162), la idea es “hacer al paciente fuerte y valiente”, es decir, “mejorar la vida del que sufre, inculcándole por el calor de nuestro afecto, el valor para hacer frente una vez más a su situación” (Cabot, 2008: 155). Para Cabot es fundamental “una actitud mental favorable a su curación; hay que hacerle comprender que su restablecimiento depende en gran parte de los esfuerzos que haga él mismo para vencerse” (*Ibidem*: 91).

En todo esto, tanto para Arenal como para Cabot la educación es una pieza clave. Ambos denuncian la reducción del ser humano a simple organismo, así como la instrumentalización del sujeto que tiene como consecuencia. De ahí que la formación sea una cuestión capital para ambos y que la incorporación de la dimensión social vaya unida a la humanización de la atención sanitaria. En este sentido, Arenal (1900c: 65) critica a los médicos jóvenes presuntuosos, inexpertos e ignorantes que “no teniendo a cargo de conciencia hacer ensayos en la clientela pobre la convierte en laboratorio”. Arenal denuncia que es “indigno abuso de

la [confianza] que le dispensa el enfermo convertirle en objeto de ensayos traicioneramente” con el egoísta interés de “hacerse notable y famoso” (*Ibidem*: 66). Para que el médico tenga claro que el paciente “representa la idea del deber” y que éste consiste en “no *hacer el mal*, que está antes que el [deber] de *hacer bien*” (*Ibidem*: 64), “lo primero sería añadir a las asignaturas de la carrera de Medicina una de moral médica” (*Ibidem*: 65). Arenal (1896: 56) entiende que la humanización de la atención sanitaria vendrá de la mano de la formación de sus profesionales, ya que “la humanidad ha de poner límites a la severidad; la crueldad en ningún caso puede ser un derecho”.

Según Cabot (2008: 57), la trabajadora social sanitaria debe tener “un carácter agresivo frente a la enfermedad, una disposición mental de jefe y una educación especializada frente al enfermo”. Con esto último se refiere a que “debería tener los conocimientos que posee el Cuerpo médico” (*Ibidem*: 58) y a que “debería estar familiarizada con las teorías generales y aceptadas del cuerpo médico” (*Ibidem*: 59). También indica que “es importante enseñar a la inspectora [...] Medicina preventiva [...] para cortar el mal en su origen o para detener el desarrollo de las epidemias” (*Ibidem*) y que “debe tener ligeras nociones de Anatomía y de Fisiología”, además de “conocer los principios de Higiene” (*Ibidem*: 61). Para Cabot (2008: 84), no es fácil saber más que el paciente sobre su propia situación, por ello exige que la profesional “tenga una educación vasta, una salud floreciente, vigor de pensamiento, gran facultad de observación y un conocimiento serio de su cometido”.

Esa formación le permitirá a la trabajadora social sanitaria descubrir en cada sujeto un ser único, singular e irrepetible. Todo ello porque, desde la perspectiva arenaliana,

en el hospital el enfermo no tiene nombre; es un número par o impar, que está antes del que le sigue y después del que le precede. Ninguna diferencia ni en su lecho, ni en el lugar que ocupa; ninguna persona que, atendíéndole, llame sobre él la atención; ningún signo moral ni físico que marque su individualidad en la mente del médico (Arenal, 1861: 207).

Como insistiese Cabot (2008: 30), se trata de “buscar los rasgos característicos de cada individuo”, de caer en la cuenta “de su modo íntimo de ser y de su carácter”.

## 5. Conclusión

Como hemos podido comprobar, antes de la creación del trabajo social sanitario en EE. UU., en España su antecedente estuvo vinculado con Nicasio Landa y Concepción Arenal. De ahí que consideremos que Landa y Arenal fueron para el trabajo social sanitario español lo que Cabot y Cannon para el del ámbito internacional. No obstante, mientras que los últimos lograron crear e impulsar el trabajo social sanitario, las actividades de los primeros quedaron solo testimoniales.

En cualquier caso, son numerosas las similitudes entre las propuestas de Cabot, Cannon, Landa y Arenal. Del mismo modo que Cabot solicitase la colaboración de Cannon, Landa también requirió del apoyo de Arenal. Para ambos médicos, curtidos en diferentes contiendas bélicas, la perspectiva ética era consustancial a la medicina y sus enfoques de medicina social constatan la importancia que otorgaban a la dimensión social de la persona enferma. De hecho, tanto Cabot como Landa destacan la importancia de forjarse un buen carácter sin dejar de lado la observancia de los deberes morales. En ambos casos, la compasión es una de sus virtudes más reseñadas, así como la defensa de la dignidad y de la perfectibilidad del ser humano. De ahí que la propuesta de Cabot y Landa sintonicen con la propuesta de Arenal. De hecho, tanto Cabot, Landa como Arenal se caracterizaron por despertar la conciencia (y el sentimiento) de humanidad de la ciudadanía. En este sentido, creemos que sería necesario rehabilitar el concepto de compasión que se maneja en trabajo social en la actualidad a la luz de la propuesta de Arenal.

Para Cabot y Cannon, las y los profesionales del trabajo social son fundamentales en la humanización de la atención sanitaria. Hay que tener en cuenta los aspectos sociales de la enfermedad, ya que de lo

contrario, incurrimos en una mala praxis, en un trato indigno. También para Landa y Arenal las condiciones sociales ponen en riesgo la dignidad de los pacientes y, por ello, son consideradas como cuestiones morales que hay que tener en cuenta para humanizar la atención sanitaria. Aunque sus propuestas no sean tan específicas como las de Cabot y Cannon, se puede comprobar que en ellas late el espíritu del proto-trabajo social sanitario.

Salvando las distancias temporales que los separan y dadas las similitudes de las propuestas de Arenal con las de Cabot y Cannon, creemos que estamos en disposición de poder concluir que la de Arenal es la primera propuesta de proto-trabajo social sanitario de la historia del trabajo social en España. Su enfoque ético basado en las virtudes y en los deberes morales, su sensibilidad con los heridos de guerra y con las personas enfermas, su implacable defensa de los derechos humanos y de los derechos de los pacientes, su denuncia de la mala praxis de los médicos y de las malas condiciones de los hospitales, su comprensión de la salud como aspecto social en el que estaba en juego la dignidad de la persona enferma, su exhaustivo conocimiento sobre la atención médica, sus teorías y deberes, así como su experiencia como visitadora social en el hospital, la hacen acreedora de dicho honor.

## Bibliografía

- ARENAL, C. (1861): *La beneficencia, la filantropía y la caridad*, Madrid, Victoriano Suárez.
- ARENAL, C. (1863): *El visitador del pobre*, Madrid, Imprenta de Tejado.
- ARENAL, C. (1869): *A los vencedores y a los vencidos*, Madrid, Imprenta de Las Novedades.
- ARENAL, C. (1870): “¡Socorro a los heridos!”, *La Caridad en la Guerra*, 5, p. 1.
- ARENAL, C. (1880a): *La cuestión social. Cartas a un obrero*, Ávila, La Propaganda Literaria.
- ARENAL, C. (1880b): *La cuestión social. Cartas a un señor*, Ávila, La Propaganda Literaria.
- ARENAL, C. (1880c): *Cuadros de guerra*, Madrid, Victoriano Suárez.
- ARENAL, C. (1891): *El visitador del preso*, Madrid, Victoriano Suárez.
- ARENAL, C. (1895): *La mujer de su casa*, Madrid, Librería de Victoriano Suárez.
- ARENAL, C. (1896): *Informes penitenciarios (Roma)*, Madrid, Librería Victoriano Suárez.
- ARENAL, C. (1897): *El pauperismo*, Madrid, Librería de Victoriano Suárez.
- ARENAL, C. (1900a): *Artículos sobre beneficencia y prisiones (Vol. I)*, Madrid, Victoriano Suárez.
- ARENAL, C. (1900b): *Artículos sobre beneficencia y prisiones (Vol. 2)*, Madrid, Victoriano Suárez.
- ARENAL, C. (1900c): *Artículos sobre beneficencia y prisiones (Vol. 3)*, Madrid, Victoriano Suárez.
- ARRIZABALAGA, J. (2019): “El lenguaje de las emociones en las narrativas humanitarias durante la segunda guerra carlista (1872-1876)”, *Revista de Lexicografía*, 25, pp. 115-129. doi: <https://doi.org/10.17979/rlex.2019.25.0.5990>
- AZTARAIN, J. (2005): *El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868-1954)*, Pamplona, Gobierno de Navarra.
- BURNS, C.R. (1965): “Medical Ethics (History of the American Part A. Colonial North America and Nineteenth-Century United States)”, en W.T. Reich (Ed.). *Encyclopedia of Bioethics III*, New York, Macmillan, Simon & Schuster, pp. 1610-1616.
- CABOT, R. (1894): *Notebook I, MS, Box 1. Richard Clarke Cabot Papers*, Harvard University Archives.
- CABOT, R. (1906a): *Case Teaching in Medicine*, Boston, Heath Co.
- CABOT, R. (1906b): “The renaissance of therapeutics”, *Journal of the American Medical Association*, 46, pp. 1660-1665.
- CABOT, R. (1909): *Social Service and the Art of Healing*, Boston, Moffat, Yard and Co.
- CABOT, R. (1914): *What Men Live By: Work, Play, Love, Workship*, Boston, Houghton Mifflin.
- CABOT, R. (1918): *Training and the Rewards of the Physician*, Philadelphia, J.B. Lippincott Company at the Washington Square Press.

- CABOT, R. (2008): “Ensayos de Medicina Social. La función de la inspectora a domicilio”, *Trabajo Social y Salud*, 60, pp. 25-173.
- CANNON, I. (1917): *Social Work in Hospital. A contribution to progressive medicine*, New York, Russell Sage Foundation.
- CANNON, I. (1952): *On the Social Frontier of Medicine. Pioneering in Medical Social Work*, Cambridge, Harvard University Press.
- COLOM, D. (2008): *Trabajo Social Sanitario: Atención primaria y atención especializada, teoría y práctica*, Madrid, Siglo XXI – Consejo General del Trabajo Social.
- CULLEN, L.T. (2013): “The first lady almoner: The appointment, position, and findings of miss Mary Stewart at the Royal Free Hospital, 1895-1899”, *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 68 (4), pp. 551-582. doi: <https://doi.org/10.1093/jhmas/jrs020>
- DODDS, T.A. (1993): “Richard Cabot: medical reformer during the Progressive Era (1890-1920)”, *Annals of Internal Medicine*, 119 (5), pp. 417-422.
- GARCHAR, K. y KAAG, J. (2014): “Classical American philosophy and modern medical ethics: The case of Richard Cabot”, *Transactions of the Charles S. Peirce Society*, 49 (4), pp. 553-574. doi: <http://dx.doi.org/10.2979/tranchar-peirsoc.49.4.553>
- GEHLERT, S. (2019): “Conceptual underpinnings of Social Work in Health Care”, in S. Gehlert y T. Brown (Eds.). *Handbook of Health Social Work*, John Wiley & Son, pp. 1-19. doi: <https://doi.org/10.1002/9781119420743>
- GIRÓN, R., LAPIEDRA, B., SÁNCHEZ, Y. y SARREGUI, C. (2012): “Richard Clarke Cabot, precursor del Trabajo Social Sanitario”, *Trabajo Social y Salud*, 73, pp. 263-268.
- GÓMEZ, M. (1946): *Concepción Arenal. Su vida y obra*, La Habana, Jesús Montero.
- HIBBS, S. (2021): “‘La guerra es la miseria del pueblo’: El compromiso pacifista de Concepción Arenal (1820-1893)”, *Revista Siglo XIX*, 27, pp. 23-59.
- IDARETA, F. (2020a): *Concepción Arenal: reformadora social y moral desde la compasión*, Madrid, Paraninfo - Consejo General del Trabajo Social.
- IDARETA, F. (2020b): “La ética de la compasión en el proto-Trabajo Social de Concepción Arenal”, en F.J. Blázquez, (Ed.), *Biopoder y derecho. Violencia contra las mujeres*, Cizur Menor, Thomson Reuters - Aranzadi, pp. 167-198.
- ILLHARDT, F.J. (2001): “Medizinische Ethik im klinischen Kontext - ein Neuansatz des Arztes Richard C. Cabot”, *NTM International Journal of History and Ethics of Natural Sciences, Technology and Medicine*, 9 (5), pp. 246-257.
- LACALZADA, M<sup>a</sup>.J. (2012): *Concepción Arenal: mentalidad y proyección social*, Zaragoza, Prensas Universitarias de Zaragoza.
- LANDA, N. (1856): “Consideraciones acerca de la influencia de la civilización en la salud pública”, en J.J. Viñes, *El doctor Nicasio Landa (1830-1891). Cofundador de la Cruz Roja Española*, Pamplona, Gobierno de Navarra.
- LANDA, N. (1877): *El derecho de guerra conforme a la moral*, Pamplona, Imprenta de Joaquín Lorda.
- PRAGLIN, L.J. (2007): “Ida Cannon, Ethel Cohen, and early medical social work in Boston: The foundations of a model of culturally competent social service”, *Social Service Review*, 81 (1), pp. 27-45.
- RAPPAPORT, C.D. (1996): *To Make Treatment Effective: The Development of Medical Social Work at Massachusetts General Hospital, 1905-1945*, (PhD Diss.), Galveston, University of Texas Medical Branch.
- RICHMOND, M.E. (1917): *Diagnóstico Social*, Madrid, Siglo XXI.
- SIMÓN, C. (2001): “Puntos de encuentro de las mujeres en el Madrid del siglo XIX”, *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 56 (1), pp. 183-201.
- VIÑES, J.J. (2014): *El doctor Nicasio Landa (1830-1891). Cofundador de la Cruz Roja Española*, Pamplona, Gobierno de Navarra.